

CardioСоматика

Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика

Научно - практический рецензируемый журнал РосОКР

РЕАБИЛИТАЦИЯ

РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
Коронарное шунтирование больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика

5

Организация кардиореабилитации в России. Результаты Пилотного проекта «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации»

72

Значение природных преформированных факторов курорта Нальчик в реабилитации женщин с артериальной гипертензией

82

ФАКТОРЫ РИСКА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Взаимосвязь параметров функции сосудистого эндотелия с показателями субоптимального статуса здоровья и факторами сердечно-сосудистого риска

86

Неинвазивная стимуляция ангиогенеза у больных с ишемической болезнью сердца с использованием ударно-волновой терапии (обзор литературы)

91

ИНСУЛЬТ И КОГНИТИВНАЯ ФУНКЦИЯ

Прогностические факторы сердечно-сосудистой смерти у больных с ишемическим инсультом в отдаленные сроки наблюдения

97

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Актуальные вопросы клинической фармакологии амлодипина: предпочтение оригинальный или генерический препарат?

104

ЛЕКТОРИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Острый коронарный синдром: патогенез, диагностика, лечение, реабилитация (лекция 3)

111

ИНФОРМАЦИЯ

XII Российская научная конференция с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии»

122



CardioСоматика
(КардиоСоматика)
№3–4, том 7, 2016

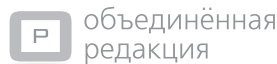
Журнал зарегистрирован в Государственном комитете
Российской Федерации по печати.
Рег. номер: ПИ № ФС77-64546

Общий тираж 10 тыс. экз.
Учредитель ЗАО «Медицинские издания».
Издание распространяется бесплатно.
Каталог «Пресса России» 13100.

Авторы, присылающие статьи для публикаций,
должны быть ознакомлены
с инструкциями для авторов
и публичным авторским договором.
Информация на сайте www.hmp.r.u.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
В статьях представлена точка зрения авторов,
которая может не совпадать
с мнением редакции журнала.
Полное или частичное воспроизведение материалов,
опубликованных в журнале, допускается только
с письменного разрешения редакции.

Все права защищены. 2016 г.



«Объединённая редакция»
«Ob'edinyonnaya redaktsiya»
Телефон/факс: +7 (499) 500-38-83
E-mail: or@hmp.r.u

Медицинский директор:

Б.А. Филимонов

Исполнительный директор:

Э.А. Батова

Научные редакторы:

А.В. Шухова (руководитель отдела),

М.Б. Капелович, Д.А. Катаев,

Е.В. Наумова

Арт-директор:

Э.А. Шадзевский



MEDIA MEDICA

ММА «МедиаМедика»

ММА «MediaMedica»

Адрес: 115054, Москва,
Жуков проезд, стр. 19

Почтовый адрес: 127055, Москва, а/я 37

Телефон/факс: +7 (495) 926-29-83

E-mail: media@con-med.ru

Электронная версия: www.con-med.ru

Директор:

Т.Л. Скоробогат
(tatiana@con-med.ru)

**Менеджер по работе с ключевыми
клиентами:**

Н.А. Зуева (nelly@con-med.ru)

Директор по рекламе:

Н.М. Сурова

Менеджеры по рекламе:

Т.А. Романовская, С.Ю. Шульгина,

Е.Д. Кандина, А.С. Барина

Работа с подписчиками:

Телефон: +7 (495) 926-29-83 (доб. 125)

E-mail: subscribe@con-med.ru

Научное производственно-практическое издание
для профессионалов в области здравоохранения.
Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск
и распространение данного производственно-практического издания
допускается без размещения знака информационной продукции.
Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере
связи, информационных технологий и массовых коммуникаций
(Роскомнадзор)

Общественная общероссийская организация
All-Russian Public Organization

«Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики»
«Russian Society of Cardiosomatic Rehabilitation and Secondary Prevention»

CardioСоматика (КардиоСоматика)
Kardiosomatika (Cardiosomatics)

Научно-практический рецензируемый медицинский журнал
Scientific-and-practical peer-reviewed medical journal

Главный редактор

Аронов Д.М. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,
заслуженный деятель науки РФ

Заместитель главного редактора

Бубнова М.Г. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Редакционная коллегия

Арутюнов Г.П. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Бузиашвили Ю.И. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,
акад. РАН

Дегтярева Е.А. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Довгалецкий П.Я. (Саратов) – д-р мед. наук, проф.

Иоселиани Д.Г. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,
чл.-кор. РАН

Задниченко В.С. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Карпов Р.С. (Томск) – д-р мед. наук, проф., акад. РАН

Лазебник Л.Б. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Мартынов А.И. (Москва) – д-р мед. наук, проф., акад. РАН

Никитин Ю.П. (Новосибирск) – д-р мед. наук, проф.,
акад. РАН

Руда М.Я. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Перепеч Н.Б. (Санкт-Петербург) – д-р мед. наук, проф.

Шальнова С.А. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Шестакова М.В. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,
акад. РАН

Редакционный совет

Болдueva С.А. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Бритов А.Н. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Галывич А.С. (Казань) – д-р мед. наук, проф.

Гарганеева А.А. (Томск) – д-р мед. наук, проф.

Иванова Г.Е. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Закирова А.Н. (Уфа) – д-р мед. наук, проф.

Калинина А.М. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Кухарчук В.В. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,
чл.-кор. РАН

Лямина Н.П. (Саратов) – д-р мед. наук, проф.

Мазеев В.П. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Никулина С.Ю. (Красноярск) – д-р мед. наук, проф.

Перова Н.В. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Репин А.Н. (Томск) – д-р мед. наук, проф.

Сыркин А.Л. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Чумакова Г.А. (Барнаул) – д-р мед. наук, проф.

Шлык С.В. (Ростов-на-Дону) – д-р мед. наук, проф.

Шульман В.А. (Красноярск) – д-р мед. наук, проф.

**Международная
редакционная коллегия**

Belardinelli R. (Анкаона, Италия) – проф.

Burgarella F. (Бергамо, Италия) – проф.

Downey H.E. (Техас, США) – проф.

Manukhina E.B. (Техас, США) – проф.

Suceveanu M.-C. (Ковасна, Румыния) – проф.

Tenenbaum A. (Тель-Авив, Израиль) – проф.

Vasiliauskas D. (Каунас, Литва) – проф.

Editor-in-Chief

Prof. Aronov D.M., MD (Moscow)
Honored Scientist of the Russian Federation

Deputy Editor-in-Chief

Prof. Bubnova M.G., MD (Moscow)

Editorial Board

Prof. Arutyunov G.P., MD (Moscow)

Prof. Buziashvili Yu.I., MD, Academician
of Russian Academy (Moscow)

Prof. Degtyareva E.A., MD (Moscow)

Prof. Dovgalevsky P.Ya., MD (Saratov)

Prof. Ioseliani D.G., MD, Associate Member
of Russian Academy (Moscow)

Prof. Zadionchenko V.S., MD (Moscow)

Prof. Karpov R.S., MD, Academician
of Russian Academy (Tomsok)

Prof. Lazebnik L.B., MD (Moscow)

Prof. Martynov A.I., MD, Academician
of Russian Academy (Moscow)

Prof. Nikitin Yu.P., MD, Academician
of Russian Academy (Novosibirsk)

Prof. Ruda M.Ya., MD (Moscow)

Prof. Perepech N.B., MD (Saint Petersburg)

Prof. Shalnova S.A., MD (Moscow)

Prof. Shestakova M.V., Academician
of Russian Academy (Moscow)

Editorial Council

Prof. Boldueva S.A., MD (Moscow)

Prof. Britov A.N., MD (Moscow)

Prof. Galyavich A.S., MD (Kazan)

Prof. Garganeeva A.A., MD (Tomsok)

Prof. Ivanova G.E., MD (Moscow)

Prof. Zakirova A.N., MD (Ufa)

Prof. Kalinina A.M., MD (Moscow)

Prof. Kukharchuk V.V., MD, Associate Member
of Russian Academy (Moscow)

Prof. Lyamina N.P., MD (Saratov)

Prof. Mazaev V.P., MD (Moscow)

Prof. Nicoulina S.Yu., MD (Krasnoyarsk)

Prof. Perova N.V., MD (Moscow)

Prof. Repin A.N. (Tomsok)

Prof. Syrkin A.L., MD (Moscow)

Prof. Chumakova G.A., MD (Barnaul)

Prof. Shlyk S.V., MD (Rostov-on-Don)

Prof. Shulman V.A., MD (Krasnoyarsk)

International Editorial Board

Prof. Belardinelli R., MD (Ancona, Italy)

Prof. Burgarella F., MD (Bergamo, Italy)

Prof. Downey H.E., MD (Texas, USA)

Prof. Manukhina E.B., MD (Texas, USA)

Prof. Suceveanu M.-C., MD (Covasna, Romania)

Prof. Tenenbaum A., MD (Tel-Aviv, Israel)

Prof. Vasiliauskas D., MD (Kaunas, Lithuania)

Журнал включен в перечень научных журналов и изданий, рекомендуемых ВАК РФ

Представлен в Российском индексе научного цитирования

Электронная версия: www.con-med.ru, www.rosok.ru и на сайте научной электронной библиотеки www.elibrary.ru

СОДЕРЖАНИЕ

РЕАБИЛИТАЦИЯ

РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Коронарное шунтирование больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика 5

Организация кардиореабилитации в России. Результаты Пилотного проекта «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации»

М.Г. Бубнова, Д.М. Аронов, С.А. Бойцов, Г.Е. Иванова, А.Г. Андреев, О.Л. Барбараш, В.В. Белова, В.Н. Белов, Б.В. Борисов, Е.В. Иванов, И.М. Карамова, А.В. Карпукhin, В.Б. Красницкий, Е.С. Кылбанова, П.А. Лебедев, Е.А. Лисняк, Н.П. Лямина, Т.Н. Мизурова, О.Ф. Мисюра, И.Е. Мишина, О.В. Мищенко, С.Ю. Никулина, Н.И. Остроушко, С.А. Помешкина, А.С. Сидоров, А.А. Сприкут, И.С. Сухина, А.Г. Ткачева, С.А. Устюгов²¹, Г.А. Чумакова от имени участников Пилотного проекта 72

Значение природных преформированных факторов курорта Нальчик в реабилитации женщин с артериальной гипертензией
Е.Л. Апшева, А.А. Эльгаров, М.А. Калмыкова, М.А. Эльгаров 82

ФАКТОРЫ РИСКА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Взаимосвязь параметров функции сосудистого эндотелия с показателями субоптимального статуса здоровья и факторами сердечно-сосудистого риска

Е.Ю. Марутина, В.И. Купаев, П.А. Лебедев, О.Ю. Борисов 86

Неинвазивная стимуляция ангиогенеза у больных с ишемической болезнью сердца с использованием ударно-волновой терапии (обзор литературы)

С.Т. Мацкеплишвили, Б.М. Борбодоева 91

ИНСУЛЬТ И КОГНИТИВНАЯ ФУНКЦИЯ

Прогностические факторы сердечно-сосудистой смерти у больных с ишемическим инсультом в отдаленные сроки наблюдения

А.В. Фонакин, Л.А. Гераскина, В.А. Шандалин 97

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Актуальные вопросы клинической фармакологии амлодипина: предпочесть оригинальный или генерический препарат?

А.С. Духанин 104

ЛЕКТОРИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Острый коронарный синдром: патогенез, диагностика, лечение, реабилитация (лекция 3)

Н.Б. Перепеч 111

ИНФОРМАЦИЯ

XII Российская научная конференция с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии» 122

CONTENTS

REHABILITATION

Russian clinical guidelines

Coronary artery bypass grafting in patients with ischemic heart disease: rehabilitation and secondary prevention 5

Cardiorehabilitation organization in Russia. The results of the pilot project "Development of the system of rehabilitation of patients with cardiovascular diseases in medical institutions of the Russian Federation"

M.G. Bubnova, D.M. Aronov, S.A. Boytsov, G.E. Ivanova, A.G. Andreev, O.L. Barbarash, V.V. Belova, V.N. Belov, B.V. Borisov, E.V. Ivanov, I.M. Karamova, A.V. Karpukhin, V.B. Krasnitskiy, E.S. Kylbanova, P.A. Lebedev, E.A. Lisnyak, N.P. Lyamina, T.N. Mizurova, O.F. Misyura, I.E. Mishina, O.V. Mishchenko, S.Yu. Nikulina, N.I. Ostroshko, S.A. Pomeshkina, A.S. Sidorov, A.A. Sprikut, I.S. Sukhinina, A.G. Tkacheva, S.A. Ustyugov, G.A. Chumakova from the participants of the pilot project 73

The value of naturally preformed factors of Nalchik in the rehabilitation of women with hypertension

E.L. Apsheva, A.A. Elgarov, M.A. Kalmykova, M.A. Elgarov 82

RISK FACTORS AND CORONARY HEART DISEASE

Correlation between vascular endothelial function parameters with indicators of suboptimal health status and the factors of cardiovascular risk

E.Yu. Marutina, V.I. Kupaev, P.A. Lebedev, O.Yu. Borisov 86

Non-invasive stimulation of angiogenesis with shock-wave therapy in patients with coronary artery disease (literature review)

S.T. Matskeplishvili, B.M. Borbodoeva 91

STROKE AND COGNITIVE FUNCTION

Prognostic factors of cardiovascular death in patients with ischemic stroke in the long-term follow up

A.V. Fonyakin, L.A. Geraskina, V.A. Shandalin 97

CLINICAL PHARMACOLOGY

Actual questions of clinical pharmacology by amlodipine: should we prefer the original or a generic drug?

A.S. Dukhanin 104

PRACTITIONER'S LYCEUM

Acute coronary syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, rehabilitation (lecture 3)

N.B. Perepech 111

INFORMATION

XII Russian scientific conference with international participation «Rehabilitation and Secondary Prevention in Cardiology» 122

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики
 Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России
 Российское кардиологическое общество
 Российское научное медицинское общество терапевтов
 Союз реабилитологов России

Российские клинические рекомендации Коронарное шунтирование больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика

Москва, 2016

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Сопредседатели:

Бокерия Л.А. – академик РАН, профессор

Аронов Д.М. – заслуженный деятель науки РФ, профессор

Члены рабочей группы: Барбараш О.Л., чл.-кор. РАН, профессор (Кемерово), Бубнова М.Г., профессор (Москва), Князева Т.А., профессор (Москва), Лямина Н.П., профессор (Саратов), Маликов В.Е., профессор (Москва), Новикова Н.К., к.п.н. (Москва), Петрунина В.Е., к.м.н. (Москва), Арзуманян М.А., к.м.н. (Москва), Сумин А.Н., профессор (Кемерово), Чумакова Г.А., профессор (Барнаул).

Комитет экспертов: Акчурин Р.С., академик РАН, профессор (Москва), Алишбая М.М., профессор (Москва), Аронов Д.М., профессор (Москва), Барбараш Л.С., академик РАН, профессор (Кемерово), Барбараш О.Л., чл.-кор. РАН, профессор (Кемерово), Бойцов С.А., чл.-кор. РАН, профессор (Москва), Бокерия Л.А., академик РАН, профессор (Москва), Болдуева С.А., профессор (Санкт-Петербург), Бубнова М.Г., профессор (Москва), Бузиашвили Ю.И., академик РАН, профессор (Москва), Галявич А.С., профессор (Казань), Глезер М.Г., профессор (Москва), Гордеев М.Л., профессор (Санкт-Петербург), Зайцев В.П., профессор (Москва), Иванова Г.Е., профессор (Москва), Иоселиани Д.Г., академик РАН, профессор (Москва), Карпов Р.С., академик РАН, профессор (Томск), Князева Т.А., профессор (Москва), Лямина Н.П., профессор (Саратов), Мазаев В.П., профессор (Москва), Маликов В.Е., профессор (Москва), Мартынов А.И., академик РАН, профессор (Москва), Мерзляков В.Ю., профессор (Москва), Мисюра О.Ф., к.м.н. (Санкт-Петербург), Перепеч Н.Б., профессор (Санкт-Петербург), Репин А.Н., профессор (Томск), Руда М.Я., профессор (Москва), Сигаев И.Ю., профессор (Москва), Смулевич А.Б., академик РАН, профессор (Москва), Сыркин А.Л., профессор (Москва), Чазов Е.И., академик РАН, профессор (Москва), Чазова И.Е., академик РАН, профессор (Москва), Чумакова Г.А., профессор (Барнаул), Шляхто Е.В., академик РАН, профессор (Санкт-Петербург), Якушин С.С., профессор (Рязань)

Для цитирования: Бокерия Л.А., Аронов Д.М. и др. Российские клинические рекомендации. Коронарное шунтирование больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика. Кардиосоматика. 2016; 7 (3–4): 5–71.

Russian clinical guidelines

Coronary artery bypass grafting in patients with ischemic heart disease: rehabilitation and secondary prevention

Moscow, 2016

For citation: Bokeriya L.A., Aronov D.M. et al. Russian clinical guidelines. Coronary artery bypass grafting in patients with ischemic heart disease: rehabilitation and secondary prevention. Cardiosomatics. 2016; 7 (3–4): 5–71.

Содержание

Список сокращений и условных обозначений

1.	Введение	7	6.	Медикаментозная терапия при коронарном шунтировании: пред-, послеоперационная и во вторичной профилактике	32
1.1.	Кардиологическая реабилитация: определение, значение в улучшении течения ишемической болезни сердца и снижении летальности	7	6.1.	Антиагрегационная терапия	33
1.2.	Краткий обзор прежней Государственной системы поэтапной реабилитации больных острым инфарктом миокарда и перенесших коронарное шунтирование	8	6.1.1.	Предоперационная антиагрегационная терапия	33
1.3.	Организационные принципы современной системы кардиологической реабилитации в России	9	6.1.2.	Послеоперационная антиагрегационная терапия	35
1.3.1.	Этапность кардиореабилитации	9	6.1.3.	Пероральные антикоагулянты	37
1.3.2.	Мультидисциплинарность реабилитационного процесса	9	6.2.	Гиполипидемическая терапия	37
1.3.3.	Реабилитационный потенциал	9	6.3.	Бета-адреноблокаторы	38
1.4.	Критерии доказательности предлагаемых утверждений	10	6.4.	ИАПФ/БРА	39
2.	Реабилитация больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования	10	6.5.	Другие средства	40
2.1.	Коронарное шунтирование: актуальность и основные цели	10	6.5.1.	Антагонисты кальция	40
2.2.	Реабилитации при коронарном шунтировании: эффективность и нерешенные проблемы	11	6.5.2.	Метаболические миокардиальные цитопротекторы	41
3.	Методология поэтапной реабилитации после коронарного шунтирования	12	6.5.3.	Ингибиторы If-каналов синусового узла	41
3.1.	Физический аспект реабилитации	13	6.5.4.	Антагонисты минералокортикоидных рецепторов	41
3.2.	Преабилитация	14	6.6.	Профилактика послеоперационной фибрилляции предсердий	41
3.2.1.	Информационная и психологическая подготовка больного ишемической болезнью сердца к операции коронарного шунтирования (преабилитация)	15	7.	Общие аспекты вторичной профилактики	42
3.2.2.	Возможности предоперационной физической тренировки больного	15	7.1.	Курение	42
3.2.3.	Рекомендации по предоперационной подготовке респираторной системы и предоперационной тренировке больных ишемической болезнью сердца перед проведением коронарного шунтирования	16	7.2.	Питание	43
3.2.3.1.	Задачи предоперационной тренировки больных	16	7.3.	Контроль массы тела	44
3.2.3.2.	Применение побудительной спирометрии для тренировки дыхательной мускулатуры	16	7.4.	Контроль артериального давления	44
3.2.3.3.	Тренажеры для тренировки дыхательной мускулатуры	17	7.5.	Контроль гликемии	45
3.2.4.	Применение лечебной физкультуры для тренировок дыхательной мускулатуры	18	8.	Психологический аспект реабилитации	45
3.2.4.1.	Применение статических дыхательных упражнений	19	8.1.	Влияние эмоциональных расстройств на результаты коронарного шунтирования	46
3.2.4.2.	Применение динамических дыхательных упражнений	19	8.2.	Послеоперационный делирий	47
3.2.4.3.	Методика диафрагмального дыхания	19	8.3.	Послеоперационные когнитивные нарушения	47
3.2.4.4.	Методика продуктивного кашля	19	9.	Методы физио- и бальнеотерапии в реабилитации после коронарного шунтирования	48
3.2.5.	Методика вибрационного массажа грудной клетки	20	9.1.	Усиленная наружная контрпульсация	48
3.2.5.1.	Мануальные методики вибромассажа	20	9.2.	Аппаратная физиотерапия	48
3.2.5.2.	Методика проведения вибротерапии с использованием вибромассажера	20	9.2.1.	Низкоинтенсивное лазерное излучение	48
3.3.	Классификация больных по тяжести клинического состояния	20	9.2.2.	Синусоидальные модулированные токи	48
4.	Этапы реабилитации после коронарного шунтирования и система двигательной активности	21	9.2.3.	Низкочастотное магнитное поле	49
4.1.	Первый этап реабилитации (в отделении кардиохирургии)	21	9.3.	Бальнеотерапия	49
4.1.1.	Первая ступень двигательной активности I этапа	21	9.3.1.	«Суховоздушные» углекислые ванны	49
4.1.2.	Вторая ступень двигательной активности I этапа	23	9.3.2.	Воздушно-радоновые ванны	49
4.1.3.	Выписка больного из кардиохирургического стационара	24	9.4.	Лечебный массаж	49
4.2.	Второй этап кардиореабилитации после коронарного шунтирования в стационаре центра кардиореабилитации	24	10.	Санаторно-курортное лечение после коронарного шунтирования	49
4.2.1.	Общие вопросы II этапа	24	11.	Восстановление сексуальной активности после перенесенного коронарного шунтирования	49
4.2.2.	Третья ступень двигательной активности II этапа	25	11.1.	Влияние коронарного шунтирования на сексуальную активность	49
4.2.3.	Четвертая ступень двигательной активности II этапа	25	11.2.	Сексуальная активность и риск сердечно-сосудистых осложнений	50
4.2.4.	Пятая ступень двигательной активности	25	11.3.	Сексуальная активность и обучение пациента	50
4.3.	Третий – амбулаторный (поликлинический) – этап кардиореабилитации после коронарного шунтирования	25	11.4.	Сексуальная активность и психологический аспект	51
4.3.1.	Ранний подэтап амбулаторной кардиореабилитации	26	11.5.	Фармакотерапия при сексуальной дисфункции	51
4.3.2.	Поздний подэтап амбулаторной кардиореабилитации	26	12.	Оценка трудоспособности и трудоустройство пациентов после коронарного шунтирования	51
4.3.3.	Функциональные пробы	26	12.1.	Нормативно-правовая база и медико-социальная экспертиза	52
4.3.4.	Программы физических тренировок в реабилитации больных после коронарного шунтирования	27	12.2.	Степень нарушения трудоспособности	53
4.3.4.1.	Роль лечебной гимнастики	28	12.3.	Сроки возобновления трудовой деятельности и длительность инвалидности в зависимости от группы физической активности	54
4.3.4.2.	Тренировка на велотренажере	29	13.	Приложение. Сокращенный вариант пособия для инструктажа больного перед операцией коронарного шунтирования	54
4.3.4.3.	Дозированная ходьба	29	14.	Приложения. Комплексы ЛФК и схемы физических тренировок	57
4.3.4.4.	Статические нагрузки	29	14.1.	Примерный комплекс ЛФК №1 (строгий постельный режим)	57
4.3.4.5.	Резистивные тренировки	30	14.2.	Примерный комплекс ЛФК №2 (расширенный постельный режим)	58
4.4.	Инструкция по поводу стерильной раны	30	14.3.	Примерный комплекс ЛФК №3 (палатный и свободный режимы)	59
5.	Образовательная программа для больных, перенесших коронарное шунтирование	30	14.4.	Примерный комплекс ЛФК №4	60
5.1.	Задачи образовательной «Школы для больных...»	32	14.5.	Примерный комплекс ЛФК №5	61
5.2.	Методы работы в «Школе для больных...»	32	14.6.	Примерная схема физических тренировок больных после коронарного шунтирования в подготовительном периоде поликлинического этапа	62
			14.7.	Примерная схема физических тренировок больных после коронарного шунтирования в основном периоде поликлинического этапа	62
			14.8.	Примерная схема физических тренировок больных после коронарного шунтирования в поддерживающем периоде поликлинического этапа	63
			Литература	63	

Список сокращений и условных обозначений

АГ – артериальная гипертония
 АД – артериальное давление
 АКШ – аорто-коронарное шунтирование
 АСК – ацетилсалициловая кислота
 БАБ – бета-адреноблокаторы
 БРИТ – блок реанимации и интенсивной терапии
 БРА – блокаторы рецепторов к ангиотензину II
 ВРС – вариабельность ритма сердца
 Вт – ватты
 ВЭМ – велоэргометрия
 ЖК – жирные кислоты
 ДА – двигательная активность
 ДАД – диастолическое артериальное давление
 ДИ – доверительный интервал
 ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
 ИБС – ишемическая (коронарная) болезнь сердца
 ИМ – инфаркт миокарда
 ИМТ – индекс массы тела
 И.п. – исходное положение
 КБС – коронарная болезнь сердца
 КШ – коронарное шунтирование
 ЛВП – липопротеиды высокой плотности
 ЛЖ – левый желудочек
 ЛНП – липопротеиды низкой плотности
 ЛФК – лечебная физическая культура
 МКР – минералокортикоидные рецепторы
 МКФ – Международная классификация функционирования
 МПК – максимальное потребление кислорода
 МСЭ – медико-социальная экспертиза
 НЗТ – никотин-заместительная терапия
 ОИМ – острый инфаркт миокарда
 ОКС – острый коронарный синдром
 ОР – относительный риск
 ОРУ – общеразвивающие упражнения
 ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты
 САД – систолическое артериальное давление
 СД – сахарный диабет
 СН – сердечная недостаточность
 СРБ – С-реактивный белок
 ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
 ССО – сердечно-сосудистые осложнения
 ССС – сердечно-сосудистая система
 ТГ – триглицериды
 ТредмилЭМ – тредмилэргометрия
 ТХ – темп дозированной ходьбы
 ЧКВ – чрескожные коронарные вмешательства
 ЧСС – частота сердечных сокращений
 ФА – физическая активность
 ФДЭ-5 – фосфодиэстеразы типа 5
 ФВ – фракция выброса
 ФК – функциональный класс
 ФН – физическая нагрузка
 ФП – фибрилляция предсердий
 ФР – факторы риска
 ФРС – физическая работоспособность
 ФТ – физические тренировки
 ХС – холестерин
 ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
 ХЗП – хронические заболевания почек
 ХСН – хроническая сердечная недостаточность
 ЦКР – центр кардиологической реабилитации (кардиореабилитации)
 ЭКГ – электрокардиограмма (-фия, -ческий, -ая, -ое)
 МЕ – metabolic equivalent (метаболический эквивалент, метаболические единицы, величина потребления кислорода)
 NYHA – Нью-Йоркская ассоциация сердца

Сообщества и организации

ВНОА – Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции
 ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
 AACVPR – Американская ассоциация сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации
 AATS – Американская ассоциация торакальной хирургии
 ACCF – Американский колледж кардиологов
 ACP – Американский колледж врачей
 АНА – Американская ассоциация сердца
 EASD – Европейская ассоциация по изучению сахарного диабета
 EACTS – Европейская ассоциация кардиоторакальных хирургов
 EASO – Европейская ассоциация по изучению ожирения
 EAPCI – Европейская ассоциация по чрескожным сердечно-сосудистым вмешательствам
 ESC – Европейское общество кардиологов
 PCNA – Ассоциация медсестер по кардиоваскулярной профилактике
 SCAI – Общество кардиоваскулярной ангиопластики и интервенции
 STS – Общество торакальных хирургов

1. Введение

1.1. Кардиологическая реабилитация: определение, значение в улучшении течения ишемической болезни сердца и снижении летальности

Первоначально Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сформулировала определение кардиореабилитации как «комплекс мероприятий, обеспечивающих наилучшее физическое и психическое состояние, позволяющий больным с хроническими или перенесенными острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), благодаря собственным усилиям, сохранить или восстановить свое место в обществе (социальный статус) и вести активный образ жизни». Это определение подчеркивает важность двух аспектов: восстановления физической работоспособности и здоровья индивидуума и его активного участия в жизни общества в новых условиях после перенесенного острого заболевания.

Однако в течение последующих десятилетий стало ясно, что комплексная кардиореабилитация благоприятно влияет и на течение ССЗ, что неразрывно связано не только с качеством жизни, но и ее продолжительностью. Это понимание нашло свое отражение в определении Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации (American Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, AACVPR) в 2005 г.: «**Кардиореабилитация – скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с ССЗ, дополнительно к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже – обратному развитию атеросклеротического процесса, и вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность**». Таким образом, программы кардиореабилитации рассматриваются и как эффективное средство вторичной профилактики, продлевающее больному жизнь.

Одной из стратегических целей кардиореабилитации является предотвращение последующих сердечно-сосудистых осложнений (ССО), смертности и госпитализаций. В этом контексте реальными задачами комплексной кардиореабилитации являются:

- обучение пациентов по вопросам, связанным с ССЗ, информирование их о благоприятном влиянии на течение заболевания и долгосрочную выживаемость, изменение образа жизни и модификация факторов риска (ФР) ССЗ в рамках программы «Школа для больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), и их родственников» или «Школа для больных, перенесших коронарное шунтирование (КШ), и их родственников»;
- участие пациентов в различных программах физической реабилитации и длительных физических тренировок (ФТ), в том числе неконтролируемых («домашних»);
- психологическая реабилитация пациентов, направленная на их адаптацию к наличию хронического заболевания, и повышение мотивации пациентов к участию в программах кардиологической реабилитации, в том числе с помощью специалистов (психологов, психотерапевтов).

Установлено, что комплексная кардиореабилитация улучшает клиническое течение заболевания и даже оказывает положительное влияние на торможение прогрессирования атеросклероза, повышает то-

лерантность к физической нагрузке (ФН) и нормализует липидный спектр крови, позитивно воздействует на статус курения и психологическое состояние пациента. Такие локальные эффекты кардиореабилитации в итоге определяют снижение суммарного сердечно-сосудистого риска, заболеваемости, частоты последующих коронарных событий, количества госпитализаций и смертности. ФТ применяются совместно с обучением больных и консультированием их по поведенческим стратегиям, что является составной частью программы всеобъемлющей вторичной профилактики.

В настоящее время вторичная профилактика, основанная на использовании кардиореабилитационных программ, признана основополагающим компонентом оптимального и соответствующего современным рекомендациям ведения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН), в том числе после операции КШ.

Очевидно, что **проблемы кардиореабилитации невозможно решить силами участкового врача и кардиолога-консультанта в условиях поликлиники. Современный мультидисциплинарный подход – наиболее эффективный способ их решения.** При таком подходе создается команда специалистов, каждый из которых решает какую-то конкретную задачу, а в целом они осуществляют реабилитацию пациента во всей совокупности современного понимания этого термина.

1.2. Краткий обзор прежней Государственной системы поэтапной реабилитации больных острым инфарктом миокарда и перенесших коронарное шунтирование

В СССР и России с 1981 г. существовала Государственная система поэтапной реабилитации больных, перенесших ОИМ и КШ. В связи с социально-политическими потрясениями последних десятилетий эта система исчерпала себя и прекратила существование. Минздравом России был утвержден новый «Порядок организации медицинской реабилитации» №1705н от 29 декабря 2012 г., который в настоящее время находится в стадии становления и внедрения в широкую практику.

Считаем целесообразным, перед тем как представить новую систему кардиореабилитации, кратко остановиться на достоинствах и недостатках прежней системы кардиореабилитации.

Реабилитация кардиологических больных осуществлялась поэтапно по схеме: I этап – стационарный, II этап – санаторный, III этап – «поддерживающий», который проходил в условиях обычной поликлиники, хотя ВОЗ рекомендовала проводить ее в поликлиническом отделе специализированного реабилитационного центра.

На госпитальном (стационарном) этапе были осуществлены революционные изменения по ранней и быстрой активации больных ОИМ в кардиологическом стационаре и после КШ. Так, если до системы реабилитации первое присаживание больных ОИМ разрешалось через $34 \pm 1,1$ дня, то при применении реабилитационных программ оно осуществлялось через $10,5 \pm 0,6$ дня. Ходьба в палате по старой методике разрешалась через $45,2 \pm 1,8$ дня, а при быстрой активации – через $18,1 \pm 1,1$ дня. Ранняя активация достоверно улучшила клиническое течение ОИМ и его исходы. Она позволила более чем в

2 раза сократить пребывание больного в стационаре и уменьшить сроки временной нетрудоспособности [1].

Под влиянием реабилитации существенно улучшилось течение болезни на стационарном этапе. Неосложненное течение болезни у больных при быстрой активации наблюдалось в 70,8% случаев, а при медленной – в 34,4%, рецидивы инфаркта миокарда (ИМ) наблюдались в 5,6 и 16,3%, а недостаточность кровообращения – в 15,8 и 32,7% соответственно. В группе «быстрой» и «ускоренной» активации больных летальность составила 6,2%, а в группе «медленной» и «умеренно-ускоренной» – 18,8% ($p < 0,05$ во всех приведенных случаях) [1].

После стационарного этапа для выполнения II этапа «выздоровления» (реконвалесценция) больные ОИМ переводились в отделения реабилитации, специально созданные в местных кардиологических санаториях, где они проводили 24 дня по бесплатным путевкам профсоюзов с продолжением больничного листа. Конечный результат реабилитации был отличным: если до 1968 г. к трудовой деятельности возвращались 26% больных, перенесших ОИМ, то в 1977 г. в основной группе больных, перенесших ОИМ, после реабилитации полностью или ограниченно трудоспособными становились 81,8% больных, а в контрольной группе – только 56,0% ($p < 0,02$; $p < 0,01$).

Таким образом, система поэтапной реабилитации при ОИМ, введенная в СССР, показала высокую эффективность в сравнении с контрольной группой как на госпитальном этапе (освобождение больных от мучительного и продолжительного трехнедельного строгого постельного режима), так и при амбулаторном наблюдении в течение 2 лет (снижение смертности, улучшение течения болезни, достоверное снижение частоты ССО, высокий процент вернувшихся к трудовой деятельности).

Второй группой больных, проходивших реабилитационный процесс, были больные ИБС, которым производилась операция КШ. Больные после КШ в обязательном порядке из стационара переводились в санаторные отделения. Кардиореабилитация в условиях кардиологического санатория давала достаточно хороший эффект. После стационарного и санаторного этапов реабилитации больные, перенесшие КШ, попадали под поликлиническое наблюдение («поддерживающий» III этап, или этап комплексной вторичной профилактики).

Если первые два этапа реабилитации в организационном плане выполнялись в полном объеме, на высоком квалификационном уровне и под хорошим контролем, то на III этапе реабилитации осуществлялось лишь наблюдение со стороны участкового врача при периодической консультации кардиолога. Вся работа с больным сводилась только к медикаментозной терапии. Предусмотренные реабилитацией образовательная программа «Школа для больных, перенесших КШ, и их родственников», программа ФТ, психологическая реабилитация и модифицирование ФР не осуществлялись. Больные, перенесшие КШ, как правило, должны были признаваться инвалидами II группы даже при вполне удовлетворительном физическом состоянии.

К чести научно-исследовательских медицинских учреждений страны следует сказать, что все требуемые ВОЗ программы кардиологической реабилитации эффективно разрабатывались и предлагались к применению в практическом здравоохранении.

1.3. Организационные принципы современной системы кардиологической реабилитации в России

В ноябре 2011 г. в России был принят закон «Об основах здоровья граждан Российской Федерации». По этому закону статья №40 предусматривает внедрение в стране системы медицинской реабилитации не только при кардиальной, но и при иных видах патологии: неврологической, онкологической, а также в травматологии и перинатологии.

Предусматривается создание мультидисциплинарных центров реабилитации со стационарным и диспансерно-поликлиническим отделами по перечисленным профилям. Допускается также организация специализированных центров реабилитации (неврологического, кардиологического и т.д.) со стационарным и поликлиническим отделами.

Система кардиологической реабилитации основывается на таких основных принципах, как этапность, мультидисциплинарность, обоснованность, индивидуализированность, непрерывность, доступность, ориентированность на четко сформулированную цель, информирование пациентов и формирование у них «правильного» ожидания от реабилитационной помощи.

1.3.1. Этапность кардиореабилитации

Предусматривается три этапа кардиореабилитации, соответственно, связанных с периодизацией острых сердечно-сосудистых событий:

- **стационарный этап**, протекающий в кардиологическом или в кардиохирургическом отделении больницы или сосудистого центра;
- **ранний стационарный реабилитационный этап**, проводящийся в стационарном кардиореабилитационном отделении Центра кардиореабилитации (ЦКР) или Центра многопрофильной медицинской реабилитации; эти два этапа соответствуют периодам развивающегося и рубцующегося ОИМ или периперационному и раннему послеоперационному периоду хирургического вмешательства на сердце;
- **амбулаторно-поликлинический реабилитационный этап**: на этом этапе больной определяется как «больной-хроник» после перенесенного ОИМ или хирургического вмешательства, нуждающийся в выполнении комплекса реабилитационных мероприятий и продолжительной вторичной профилактике; в первые месяцы после выписки из стационара эти мероприятия выполняются под врачебным контролем, а далее – под самоконтролем в домашних условиях.

Применительно к больным, перенесшим КШ, этапы реабилитации выглядят следующим образом:

- I этап (стационарный) проходит в кардиохирургическом отделении больницы;
- II этап (ранний стационарный реабилитационный) выполняется в стационарном отделении центра кардиореабилитации;
- III этап (амбулаторно-поликлинический) осуществляется в поликлиническом отделении ЦКР. Этот этап реабилитации – самый продолжительный (в идеале – всю оставшуюся жизнь). Начальная часть поликлинического этапа кардиореабилитации – самая важная и ответственная. Период активного врачебного наблюдения продолжается 3–4 мес. В этот период времени больной под наблюдением специалистов ЦКР выполняет программу систематиче-

ских ФТ (36 тренировочных занятий 3 раза в неделю), образовательную программу (желательно с родственниками), программу модификации ФР, по показаниям консультируется у клинического психолога, психотерапевта или психиатра.

После активной части поликлинической реабилитации больной в последующие 8–9 мес (каждые 3 мес) посещает поликлиническое реабилитационное отделение в плановом порядке для контроля клинического состояния и выполнения рекомендаций врача. В этот период времени больной продолжает выполнять ФТ под самоконтролем и соблюдать рекомендованные ему реабилитационные мероприятия. Больной может посетить ЦКР внепланово по необходимости в связи с изменением своего состояния.

Кардиологическая реабилитация осуществляется на любом сроке заболевания, при стабильном клиническом состоянии больного, наличии реабилитационного потенциала, отсутствии противопоказаний к применению отдельных реабилитационных методов и на основании четко определенной реабилитационной цели.

1.3.2. Мультидисциплинарность реабилитационного процесса

На всех этапах оказания кардиологической реабилитационной помощи сформулирован и использован принцип мультидисциплинарного подхода и мультидисциплинарной команды. Это предусматривает взаимодействие разных специалистов – врачей по профильным заболеваниям, врачей-реабилитологов, специалистов по лечебной физической культуре (ЛФК), функциональной диагностике, физиотерапии, психотерапевтов, психиатров и других специалистов. Разумеется, при каждой патологии используется особый набор специалистов, методов реабилитации и вторичной профилактики.

Штат специалистов, принимающих участие в кардиореабилитации больных после КШ, состоит из кардиологов-реабилитологов, интервенционных кардиологов, кардиохирургов, врачей ЛФК, инструкторов/методистов ЛФК, клинических психологов, психотерапевтов, врачей функциональной диагностики, диетологов, массажистов, физиотерапевтов, медицинских сестер, социальных работников. Ведущая роль в этой команде принадлежит кардиологу-реабилитологу (должность кардиолога, имеющего сертификат по 72-часовому обучению кардиореабилитации). Большое значение придается участию в этом процессе родственников больного, которые вовлекаются в программы «Школа для больных, перенесших КШ, и их родственников».

Мультидисциплинарная команда обеспечивает принятие сбалансированных решений и ведение больного на многопрофильной основе: ставит цели и разрабатывает индивидуальную программу кардиологической реабилитации, осуществляет текущее медицинское наблюдение и проведение комплекса реабилитационных мероприятий, определяет необходимость, продолжительность и эффективность участия каждого специалиста в каждый конкретный момент времени реабилитационного процесса.

1.3.3. Реабилитационный потенциал

Впервые вводится понятие «реабилитационный потенциал» – это имеет не только значение для подбора больному оптимального объема специализированной медицинской помощи и перевода его с одного этапа реабилитации на другой, но и экономиче-

ское. У больных с крайне низким уровнем реабилитационного потенциала реабилитационные мероприятия неэффективны и не используются.

Реабилитационный потенциал учитывает:

- клиническое течение ИБС, объем и тяжесть повреждения миокарда, степень непроходимости венечных артерий;
- другие функциональные нарушения – осложнения, развившиеся при ОИМ или КШ;
- психологическое состояние больного;
- индивидуальные ресурсы и компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы (ССС);
- наличие коморбидности;
- состояние когнитивной функции;
- факторы окружающей среды, влияющие на жизне-способность и социальную активность больного на основании Международной классификации функционирования (МКФ).

Выделяют следующие уровни реабилитационного потенциала: высокий, средний, низкий и крайне низкий. При определении реабилитационного потенциала следует учитывать степень мотивированности больного к предстоящему реабилитационному лечению. С этой точки зрения представляют особый интерес крайние его уровни – **высокий и крайне низкий**.

Высокий уровень реабилитационного потенциала позволяет использовать лишь часть средств и методов из реабилитационного комплекса и сократить сроки активного общения с подобными больными. Больные с высоким **реабилитационным потенциалом** способны частично к спонтанной реабилитации. Но при этом они нуждаются в обучении правильному образу жизни и коррекции модифицируемых ФР. Обучение включает в себя непосредственную передачу знаний по антиатеросклеротической и антигипертензивной диете, физической активности (ФА) и регулярным ФТ умеренной интенсивности, прекращению курения, а также о принципах и элементах контроля артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), индекса массы тела (ИМТ) и биохимических маркеров риска.

Больные со **средним реабилитационным потенциалом** – основной контингент для продолжительной комплексной реабилитации с применением всего реабилитационного набора программ и методов реабилитации. Как правило, они достигают высокого уровня эффективности реабилитационных воздействий и хорошего качества жизни.

Особый интерес представляют больные с **низким реабилитационным потенциалом**. Они, безусловно, нуждаются в реабилитации. Но для достижения эффекта необходимо использовать иные подходы – каждый этап реабилитации у них должен быть более продолжительным, применяемые ФН меньшими по интенсивности и объему, а экспозиция применения осторожно повышающихся уровней ФА более продолжительной.

Больные с **крайне низким реабилитационным потенциалом**, в основном, нуждаются в симптоматическом медикаментозном лечении, поддерживающем жизнь, и пребывании на постоянном полупостельном/постельном режиме, в том числе в специальных лечебных заведениях для бесперспективных больных (в хосписах).

Таким образом, данная дифференциация больных позволяет определить возможности и цели реабилитации, а также способы и пути их достижения. Определению уровня реабилитационного потенциала по-

Таблица 1. Соотношения функционального класса и реабилитационного потенциала у больных ХСН (Д.М.Аронов и соавт., 2015)

Реабилитационный потенциал	Функциональный класс ХСН (по NYHA)
Высокий	I
Средний	II
Низкий	III
Крайне низкий	IV

могает классификация функционального класса (ФК) ХСН Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA); табл. 1.

1.4. Критерии доказательности предлагаемых утверждений

При изложении основных положений рекомендаций их класс и уровень доказательности классифицированы по общепринятым специальным шкалам (табл. 2).

2. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования

2.1. Коронарное шунтирование: актуальность и основные цели

Прогресс в лечении ССЗ и ИБС, в частности, связан с развитием кардиохирургии. За последние два десятилетия появились новые методы и улучшились ближайшие и отдаленные результаты хирургических вмешательств на сердце и сосудах [2].

КШ – рутинная операция во многих центрах, занимающихся сердечно-сосудистой хирургией. Однако, несмотря на то что за рубежом активное развитие технологии чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) ограничило проведение КШ, данная закономерность не характерна для России. Количество процедур КШ, выполняемых в нашей стране за последние 5 лет, увеличилось более чем в 5 раз [2]. Есть основания полагать, что их число будет увеличиваться.

Результаты многочисленных исследований доказывают, что КШ является приоритетным при поражении ствола левой коронарной артерии, при наличии у больного сахарного диабета (СД) и при поражении трех и более коронарных артерий. Клинический эф-

Таблица 2. Классы рекомендаций и уровни доказательств

Классы рекомендаций	
Класс I	Доказательства и/или общее мнение, что процедура или лечение полезны и эффективны (рекомендуются/обозначены)
Класс II	Противоречивые доказательства и/или расхождение мнений о пользе/эффективности данной процедуры или лечения
Класс IIa	Имеющиеся данные свидетельствуют о пользе эффективности процедуры или лечения (должны быть рассмотрены)
Класс IIb	Польза/эффективность процедуры или лечения менее убедительны (могут быть рассмотрены)
Класс III	Доказательства или общее мнение, что процедуры или лечение бесполезны/неэффективны и в некоторых случаях могут быть вредными (не рекомендованы)
Уровни доказательств	
A	Результаты нескольких рандомизированных клинических исследований или метаанализа
B	Результаты одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований
C	Общее мнение экспертов или небольшие исследования, ретроспективные исследования, регистры

фект прямой реваскуляризации миокарда определяется степенью уменьшения проявлений коронарной и миокардиальной недостаточности. Доказано, что КШ, восстанавливая адекватный кровоток в пораженных артериях, ликвидирует или уменьшает гипоксию миокарда, вызывающую коронарную недостаточность, предупреждает возникновение ИМ, улучшает сократительную функцию миокарда, повышает качество и продолжительность жизни больных после операции [3, 4]. Недавно опубликованные отдаленные результаты исследований SYNTAX [4], ASCERT [5] и FREEDOM [6] показали значительно большую выживаемость после КШ, чем после ЧКВ.

Совершенство хирургической техники и анестезиологического пособия в последние годы сопровождается значимым снижением риска развития неблагоприятных исходов в ближайшие 30 дней после хирургического вмешательства. Так, 30-дневная смертность при плановых КШ составляет в настоящее время 1–3%. Наиболее частой причиной смертности является ишемический инсульт, развивающийся в интра- и раннем послеоперационном периоде. К серьезным осложнениям раннего послеоперационного периода относят ИМ, почечную дисфункцию, фибрилляцию предсердий (ФП), нозокомиальную инфекцию. Рестернотомия по поводу кровотечений необходима у 2–6% пациентов, она повышает риск развития медиастенита [7].

Отдаленные результаты КШ также улучшаются. В исследованиях 1972–1984 гг. выживаемость больных к 5 и 10-му годам после выполнения КШ в сравнении с медикаментозной терапией составила 90 и 74%, соответственно [8]. Анализ исследований последних лет выявил близкие показатели 5- и 10-летней выживаемости, 89 и 74% соответственно. Крупные регистры последнего десятилетия, базирующиеся на данных реальной клинической практики, демонстрируют 5-летнюю выживаемость больных после КШ от 78 до 82% [9].

Итак, результаты последних наблюдений, объединивших пациентов высокого и очень высокого риска, демонстрируют такие же показатели выживаемости, как и исследования 20-летней давности, включавшие пациентов низкого риска. Данный факт можно объяснить совершенствованием помощи пациентам на всех этапах подготовки и проведения КШ, а также и после КШ в рамках вторичной профилактики.

В последние годы контингент пациентов, направляемых на КШ, значительно изменился. Увеличилось число пациентов с критическим многососудистым поражением коронарных артерий, так называемым «скомпрометированным дистальным руслом»; осложненными формами ИБС – с обширными рубцовыми изменениями миокарда; дисфункцией клапанного аппарата сердца, выраженной недостаточностью кровообращения; тяжелой сопутствующей патологией – СД, артериальной гипертензией (АГ) злокачественного течения с поражением органов-мишеней, мультифокальным атеросклерозом, цереброваскулярной болезнью, почечной недостаточностью, а также произошел рост числа пациентов пожилого возраста [10, 11]. Приведенные факты актуализируют проблему эффективной предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации такого рода больных.

Прогноз пациента, перенесшего КШ, зависит от ряда обстоятельств. *Первое* – особенности самого оперативного вмешательства. Так, аутоартериальное шунтирование по сравнению с аутовенозным харак-

теризуется лучшей проходимостью шунтов и меньшим риском повторных обострений ИБС. *Второе* – наличие у пациента сопутствующих заболеваний до проведения операции. *Третье* – активность самого пациента и лечащего врача, направленная на профилактику ранних осложнений КШ (нарушений ритма сердца, сердечной недостаточности – СН, венозных тромбозов и тромбоэмболий, медиастенитов, инфекций), а также предотвращения дальнейшего прогрессирования атеросклероза. С этой целью необходимо проведение медикаментозной терапии, физической и психологической реабилитации пациентов, направленной на скорейший их возврат к привычному образу жизни.

Тяжелая хирургическая травма, которой является операция, закономерно вызывает сложные и многообразные реакции организма. Будучи по своей природе защитно-адаптационными, они могут приобретать патологический характер и проявляться разнообразными осложнениями как непосредственно после вмешательства, так и в более позднем реабилитационном периоде. Преодоление последствий оперативного вмешательства, предупреждение и лечение ранних и поздних послеоперационных осложнений во многом определяют эффективность всего комплекса реабилитационных мероприятий.

2.2. Реабилитации при коронарном шунтировании: эффективность и нерешенные проблемы

Современные руководства определяют важное место реабилитации пациентов после КШ (Рекомендации по реваскуляризации миокарда ESC/EACTS – Европейское общество кардиологов/Европейская ассоциация кардиоторакальных хирургов, 2010, 2014 [12, 13]; Рекомендации по КШ ACCF/AHA – Американская ассоциация сердца/Американский колледж кардиологов, 2011 [14]).

Класс I

Кардиологическая реабилитация показана большинству пациентов после КШ (**уровень доказательности А**).

Настоящие Рекомендации российских сообществ констатируют: **«Любое эффективное кардиохирургическое вмешательство у больных ИБС не гарантирует отдаленного хорошего прогноза без продолжительной комплексной программы реабилитации и вторичной профилактики» (класс I, уровень доказательности А).**

Образовательная программа и систематические ФТ 3 раза в неделю в течение 4 мес у больных, перенесших КШ, связаны с достоверным повышением толерантности к ФН (на 35% через 4 мес и на 50% к 12-му месяцу), максимального потребления кислорода – МПК (на 25,5 и 25,7% соответственно), ежедневной ФА и концентрации холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛВП), улучшением качества жизни, снижением ЧСС и количества потребляемого с пищей насыщенного жира [15]. Физические упражнения являются полезным дополнением к ограничению в рационе количества жиров и общей калорийности пищи.

Пятилетнее наблюдение за больными, перенесшими КШ, в сравнительном рандомизированном исследовании выявило сопоставимость между группой стандартного лечения (n=109) и группой стандартного лечения в сочетании с реабилитацией (n=119) по симптоматике, объему лекарственной терапии, функциональной способности и баллам по шкале де-

прессии [16]. В то же время пациенты, получившие реабилитацию, демонстрировали лучшие показатели ФА, восприятия здоровья и общей жизненной ситуации. Большая часть реабилитированных пациентов вернулись к работе в течение 3 лет, хотя эта разница нивелировалась по мере увеличения продолжительности наблюдения.

Пациенты, которые перенесли ИМ с последующим КШ, показывали более значительное улучшение толерантности к ФН после реабилитации, чем те, кто перенес только ИМ. Это улучшение сохранялось в течение 2 лет наблюдения [17]. Пациенты, которым было проведено КШ, имеют больше шансов возобновить сексуальную активность.

В обсервационных исследованиях было продемонстрировано, что при вовлечении пациентов, перенесших реваскуляризацию миокарда, в программы реабилитации частота развития кардиальных событий достоверно уменьшается [18]. Показано, что вовлечение пациентов после КШ в программы реабилитации снижает риск 5-летней смертности на 28% [19]. В исследовании R.Quin и соавт. установлено, что у пациентов, прошедших кардиореабилитацию, риск смерти в течение 10 лет снизился на 46% [20].

Программы кардиологической реабилитации не только способствуют улучшению самочувствия пациента, но и сопровождаются экономической выгодой. Трехлетнее наблюдение (в среднем 21 мес) за больными после КШ или другого коронарного события выявило снижение затрат на госпитализацию (на 739 дол. США в расчете на человека) при вовлечении пациента в программу реабилитации относительно тех, кто в ней не участвовал [21].

Потребность в послеоперационной кардиологической реабилитации сохраняется у большинства пациентов. При этом не только профильные кардиохирургические центры, но и кардиологическая служба в целом испытывают недостаток оптимальных программ реабилитации у пациентов после операции реваскуляризации миокарда. Следует заметить, что и сами пациенты не всегда охотно участвуют в таких программах, мотивируя это отсутствием финансовых и временных возможностей. В исследованиях американских коллег указывается на то, что только 31% пациентов после КШ участвуют в этих программах [22, 23].

Основные подходы к кардиореабилитации пациентов после КШ базируются на научных обоснованиях и доказательствах эффективности программ для пациентов, перенесших острые коронарные события (ОКС). Большинству же крупных рандомизированных исследований, оценивающих эффективность кардиореабилитации, в настоящее время более 20 лет. Особенно проблематично использование таких программ реабилитации у пожилых, женщин, этнических меньшинств и пациентов с низким социально-экономическим статусом.

Между тем предшествующий опыт применения реабилитационных мероприятий в ведении больных после КШ, а также известные механизмы действия ФТ позволили разработать принципы этапной реабилитации больных после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ). После перенесенного кардиохирургического вмешательства пациент имеет ряд особенностей, которые должны быть учтены при формировании программы кардиореабилитации. Это прежде всего атрибуты перенесенного хирургического вмешательства с использованием искусственного кровообращения и периоперационный психоэмоциональный дистресс.

У пациентов кардиохирургического профиля являются характерные «синдромо-комплексы»: кардиальный, постстернотомический, респираторный, гемореологический с нарушением микроциркуляции, психопатологический, гиподинамический, метаболический и постфлебэктомический, наличие которых должно быть учтено при формировании реабилитационных мероприятий [24].

Застой, депонирование крови в капиллярах, венах, свойственные пациенту в раннем послеоперационном периоде в условиях гиподинамии, способствуют уменьшению венозного возврата крови к сердцу и в связи с этим – уменьшению сердечного выброса и нарушению оксигенации тканей. В свою очередь, нарушения реологических свойств крови, связанные с агрегацией эритроцитов и сопровождающиеся уменьшением количества последних, еще более нарушают снабжение тканей кислородом. Главной же причиной тканевой гипоксии является развитие механического микроциркуляторного блока. Кроме того, выраженные нарушения легочной вентиляции у больных вызывают гипоксию и нарушения метаболизма в тканях. Это приводит к появлению ряда вазоактивных веществ, способствующих развитию микрососудистых нарушений и внутрисосудистой агрегации, что, в свою очередь, поддерживает и усугубляет нарушения тканевого обмена. Нарушения функции внешнего дыхания, газов крови и микроциркуляции, гиперкоагуляция, снижение сократительной способности миокарда ведут к снижению резервных возможностей кардиореспираторной системы больных, что клинически проявляется в виде снижения толерантности к ФН, дыхательной и сердечной недостаточности.

Совершенствование реабилитации после операции КШ имеет не только сугубо медицинское, но и важное прикладное значение. Доказано, что участие в реабилитационных программах существенно сокращает экономические затраты общественного здравоохранения, прежде всего за счет снижения потребности пациентов в повторных госпитализациях [23].

3. Методология поэтапной реабилитации после коронарного шунтирования

Пациенты с ИБС, перенесшие операцию КШ, должны пройти три этапа реабилитации: *I* – стационарный, *II* – реабилитация в условиях отделения ЦКР либо в кардиологическом стационаре мультидисциплинарного центра реабилитации (ранее эти функции выполнял кардиологический санаторий); *III* – поликлинический этап в ЦКР.

Первый стационарный этап кардиореабилитации парадоксальным образом может начинаться с дооперационной подготовки больных, включающей медикаментозный, физический, образовательный и психологический аспекты. В последние годы в России больные, нуждающиеся в операции, поступают в клинику накануне КШ, что предоставляет возможность проведения подготовительного комплекса мероприятий в предоперационном периоде подготовки больного.

Важно подчеркнуть, что подготовка пациента к эффективному восстановлению после операции должна начинаться в предоперационном периоде и включать обучение его методике дыхательной гимнастики, ЛФК, индивидуальную и групповую психотерапию и занятия в «Школе предопера-

ционной подготовки больных к операции КШ». Важной составляющей при направлении пациента на хирургическое лечение ИБС является предоставление ему полной и объективной информации о вмешательстве. Это связано с тем, что большинство пациентов не до конца понимают суть заболевания и иногда возлагают неоправданные ожидания на предлагаемое вмешательство. Необходимо, чтобы больные, направляемые на реваскуляризацию миокарда, знали, что и после вмешательства им потребуются оптимальная медикаментозная терапия, включающая антитромботические препараты, статины, бета-адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА), а также немедикаментозные методы (обучение в «Школах...», программа ФТ, программа устранения ФР и др.).

Впервые в клиническую практику введено понятие «кардиореабилитационная команда» – взаимодействие между кардиологом, кардиохирургом, эндоваскулярным хирургом, кардиологом-реабилитологом и другими специалистами, т.е. междисциплинарный подход к принятию решений (**доказанность: класс I, уровень C**). Включение реабилитолога в такую бригаду целесообразно как в дооперационном, так и в послеоперационном периодах.

При неосложненном течении послеоперационного периода пациент через 12–24 ч после операции переводится из блока реанимации/интенсивной терапии (БРИТ) в кардиохирургическое отделение. Реабилитация пациента в условиях БРИТ чрезвычайно важна и включает дыхательную гимнастику, массаж и другие необходимые мероприятия, направленные на стабилизацию показателей гемодинамики, профилактику осложнений бронхолегочной системы. Ранняя активизация больного с 1-х суток после операции при неосложненном течении интраоперационного и ближайшего послеоперационного периодов – один из основных принципов кардиореабилитации, поскольку бронхолегочные осложнения, ортостатическая гипотензия и тахикардия являются наиболее распространенными проявлениями длительной гипокинезии.

В течение 10–14 дней пациент находится в отделении кардиохирургии (до снятия послеоперационных швов), после чего переводится в стационарное реабилитационное отделение (II этап), где осуществляется в полном объеме весь комплекс медикаментозной, физической, образовательной и психологической реабилитации. На этом же этапе начинается модификация ФР, обучение больного и его окружения в главной мысли – о важности высокой приверженности безукоснительному выполнению всех (медикаментозных, немедикаментозных) предписаний врача (реабилитационной бригады). Продолжительность пребывания больного в стационарном отделении ЦКР в зависимости от течения послеоперационного периода может длиться до 21 дня и в редких случаях дольше.

Третий этап реабилитации – поликлинический – самый важный: он длится всю оставшуюся жизнь и так же, как и предыдущие, требует мультидисциплинарного подхода. На этом этапе на фоне комплексной медикаментозной терапии используются программа ФТ, образовательная программа для пациентов и их родственников, включающая модификацию ФР, а также программа психологической реабилитации и реадaptации. На III этапе решается вопрос о

сроках временной нетрудоспособности пациента и возврата к трудовой деятельности. Наблюдение за оперированным больным должно осуществляться постоянно. Восстановление трудоспособности и установление стабильного функционального уровня кардиореспираторной системы достигается у больных в сроки 3–6 мес.

3.1. Физический аспект реабилитации

ФТ после КШ являются ключевым компонентом программ реабилитации, поскольку способствуют улучшению прогноза, повышению толерантности к ФН и улучшению качества жизни [20, 25]. **Регулярные ФТ после КШ следует относить к I классу рекомендаций (уровень A)**. ФТ предлагается проводить под наблюдением медицинского персонала (**доказанность: класс I, уровень B**).

На разных этапах реабилитации применяются разнообразные виды ФТ: ЛФК, лечебная гимнастика, дозированные ходьба, подъем по лестнице, велотренировки, тредмил-тренировки, элементы спортивных игр, плавание, ходьба на лыжах. При составлении программы ФН соблюдаются следующие принципы: индивидуальный подход, строгое дозирование, регулярность занятий, постепенное увеличение нагрузки, контроль переносимости и эффективности.

Положительные эффекты ФТ у пациентов с ИБС, в том числе после КШ, многообразны. Доказано, что ФТ снижают общую и сердечно-сосудистую смертность, повышают физическую работоспособность (ФРС) и восстанавливают трудоспособность пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС).

Для пациентов после КШ рекомендуется использовать «низкие» и «умеренные» ФН (Рекомендации американских сообществ ACCF/AHA/ACP (American College of Physicians)/AATS (American Association for Thoracic Surgery)/PCNA (Preventive Cardiovascular Nurses Association)/SCAI (Society for Cardiovascular Angiography and Interventions)/STS (Society of Thoracic Surgeons) по диагностике и лечению пациентов со стабильной ИБС, 2012 г.) [26]. В данных рекомендациях в разделе «Физическая активность» утверждается: **«Врачи должны убеждать всех своих пациентов заниматься умеренной ФА с целью улучшения кардиопульмональной работоспособности и выхода их из группы больных с низкой ФРС, малоподвижных и с высоким риском» (доказанность: класс I, уровень B)**. Необходимо отметить, что такой принцип ФТ был провозглашен отечественными кардиореабилитологами еще в 1983 г. [27].

Необходимо убедить пациента в целесообразности полноценного участия во всей программе реабилитации. Известно, что существует обратная зависимость между частотой и полнотой участия пациента в кардиореабилитации, с одной стороны, и ее эффектах – с другой. Этот факт был показан при анализе течения заболевания более чем у 30 тыс. пациентов после КШ и эпизода ОКС, участвующих по крайней мере в одной сессии программы кардиореабилитации. После 4 лет наблюдений у больных, прошедших 36 сессий физической реабилитации, на 14% был меньше риск ИМ, чем у пациентов, прошедших 12 сессий; на 47% – меньше риск смерти и на 31% – риск ИМ по сравнению с пациентами, прошедшими только 1 сессию. В то же время только 18% пациентов были полностью комплаентны и посетили все 36 реабилитационных сессий [28].

Механизмы благоприятных эффектов систематических ФТ у пациентов после КШ обсуждаются в се-

рии клинических и экспериментальных исследований. Существуют данные о том, что положительное действие физической реабилитации после прямой реваскуляризации миокарда связано с увеличением коллатерального кровотока, ухудшившегося в результате операции [29]. Установлено, что под действием дозированных динамических ФН увеличивается количество коллатералей в миокардиальной ткани, открываются нефункционирующие анастомозы, в результате чего улучшается кровоснабжение участков миокарда, находящихся в состоянии гипоксии [30, 31]. Кроме того, систематические ФТ улучшают коронарный кровоток за счет стимуляции звеньев метаболической вазодилатации [31].

Многочисленные исследования показывают, что лечебное воздействие ФТ связано с включением периферических и центральных механизмов адаптации к длительной ФН. Периферические приспособительные механизмы приводят к увеличению количества митохондрий в мышцах, повышению активности аэробных процессов, нарастанию содержания миоглобина и гликогена, что в итоге способствует улучшению утилизации кислорода. Центральные адаптационные механизмы способствуют уменьшению ЧСС в покое и при нагрузке, снижению систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), повышению тонуса парасимпатической нервной системы [32].

Исследования P.Gianuzzi и соавт. (2003 г.) свидетельствуют о снижении активности симпатической нервной системы под влиянием физической реабилитации [31]. При анализе вариабельности сердечного ритма (ВСР) в ходе ФТ отмечались увеличение высокочастотного компонента (повышение парасимпатической активности) и снижение амплитуды низкочастотных колебаний (снижение симпатической активности). Известно, что повышенная симпатическая активность и сниженная ВРС при ХСН увеличивают риск внезапной аритмической смерти. Напротив, ФТ в сочетании с проводимой нейромодулирующей терапией позитивно влияют на симпатическую активность и ВРС, что существенно улучшает прогноз пациентов. По данным большинства авторов, ФТ не вызывают появления или усиления имевшихся нарушений ритма сердца. Доказано, что курс систематических ФТ после КШ приводит к снижению симпатической реакции на ортостатическую пробу и преобладанию парасимпатической активации в повседневной жизни по данным ВРС [33].

Систематические ФТ оказывают положительное влияние на кардиоваскулярные ФР и маркеры неблагоприятного прогноза больных ИБС: снижают уровень ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП), триглицеридов (ТГ) и повышают содержание ХС ЛВП; уменьшают концентрацию инсулина и увеличивают чувствительность к нему периферических тканей; понижают концентрацию в крови эстрогенов, кортизола и повышают уровень тестостерона; снижают тромбогенный потенциал крови через позитивное влияние на факторы коагуляции, агрегацию тромбоцитов и фибринолитическую активность; подавляют процессы свободнорадикального окисления и улучшают функциональную активность эндотелия артерий. В последнее время появились работы, указывающие на уменьшение гиперплазии интимы и ремоделирования венечных артерий под влиянием ФТ. Не вызывает сомнений факт улучшения показателей качества жизни пациента после КШ под влиянием систематических ФТ. Представленные благоприятные

клинические эффекты ФТ чрезвычайно выгодны для пациента, перенесшего КШ.

По данным рандомизированного исследования Д.М.Аронова и соавт., установлено, что положительные эффекты систематических ФТ у больных после КШ выявляются уже через 4 мес от начала операции с нарастанием выраженности эффекта к 6-му месяцу [15]. При этом установлено, что благоприятные клинические эффекты 4-месячных ФТ у больных после КШ способны сохраняться до 12 мес. Полученные результаты согласуются с результатами других исследований [23]. Следует отметить, что количество источников литературы, содержащих данные о влиянии ФТ на отдаленные результаты операции КШ, немногочисленно.

У больных, оперированных по поводу коронарной недостаточности, зачастую имеются такие проблемы, как длительная гиподинамия, ограничение трудоспособности, астенизация личности с утратой интереса к активной жизни и труду, что определяет ценность ФТ для данной категории пациентов. В силу этого **задачами физического аспекта реабилитации** являются поддержание и повышение ФРС, реадаптация к бытовым и производственным нагрузкам, улучшение физического и психического статуса, коррекция качества жизни пациента. Проведение ФТ у пациентов после КШ зависит от возникших после вмешательства осложнений (появления выпота в плевральной полости, отека конечности в месте забора венозного трансплантата) и определяется состоянием послеоперационных ран после стернотомии.

Выделяют несколько подэтапов и этапов физической реабилитации при пребывании больного в кардиохирургическом отделении: подэтап преадаптации, подэтап отделения реабилитации, далее подэтап собственно кардиохирургического отделения (пребывание больного в палатном отделении стационара). После завершения лечения в кардиохирургическом отделении больницы/клиники (в сроки не менее 16 дней) больной переводится в ЦКР, а именно в его стационарное отделение (для так называемой ранней кардиореабилитации), где сроки пребывания зависят от состояния больного. Затем он передается под наблюдение поликлинического отделения ЦКР (поздняя кардиореабилитация).

3.2. Преадаптация

Преадаптация подразумевает предварительную подготовку больного к крайне сложной хирургической операции, каковой является КШ, с целью обучения его оптимальному восприятию своего самочувствия после операции и умению правильно выполнять рекомендации.

Преадаптация пока мало признанное явление. Она не укладывается в четко заданные рамки классического определения этапов реабилитации. Ее цель как минимум познакомить больного с тем, как он будет ощущать себя тут же после отхождения от наркоза в послеоперационном блоке, какие неудобства и неприятные ощущения он будет испытывать в связи с введенными в него катетерами, наличием повязок и т.д. Пациент должен быть информирован о правильном в данный момент дыхании, откашливании и обучиться этому. Его следует познакомить с дыхательными тренировками и разными методиками дыхания, имеющими цель тренировать определенные

группы мышц, участвующих в том или ином виде или фазе дыхания. Эти знания будут крайне полезны в ранние послеоперационные дни, снимут у него чувство беспомощности и неумения, приводящие к тревожным ожиданиям. Эта обучающая часть работы может быть завершена за 2–3 занятия.

Предоперационное обучение больного – это малая, но обязательная часть предоперационной подготовки. Кроме нее перед КШ желательно провести хотя бы короткий курс ФТ с применением дыхательных тренажеров, о которых речь пойдет ниже (в разделе 3.2.3). В России нет опыта применения подобных методов, хотя они эффективны. Можно также использовать более привычный для нас метод тренировок на велотренажере (5–10 раз и более), если позволяет состояние больного и операцию можно отложить на некоторое время.

3.2.1. Информационная и психологическая подготовка больного ИБС к операции коронарного шунтирования (преабилитация)

Как уже говорилось, I, т.е. госпитальный, этап кардиореабилитации, проходит в кардиохирургическом отделении медицинского учреждения. Как правило, больные поступают в больницу в плановом порядке. Между принятием решения о необходимости больному подвергнуться операции КШ и приглашением больного на госпитализацию имеется определенный срок в 2–3 нед или даже более. Предполагается воспользоваться этой отсрочкой и провести в данный срок определенную работу с кандидатом на операцию КШ с целью улучшения его клинического состояния путем применения короткого курса аэробных ФТ в щадяще-тренирующем режиме. Кроме того, производятся обучение и адаптация больного к условиям раннего послеоперационного периода (использование оптимальных методов изменения положения тела в кровати, обучение отхаркиванию мокроты, кашлю и т.д.).

Предоперационная подготовка больного имеет большое значение не только для более гладкого течения раннего послеоперационного периода, она может оказать позитивное влияние и на отдаленных сроках после операции. Подготовка позволяет рассеять страхи и опасения больного в связи с предстоящей сложной операцией и позволит ему действовать в новой обстановке после КШ так, как хотелось бы врачам, т.е. осознанно, правильно, без ошибок в связи с отсутствием или недостатком знаний и с умением вести себя адекватно. Обучение должно вестись на уровне, понятном больному, подкрепляться наглядными пособиями (Приложение 13).

Основные положения образовательной программы для больного при подготовке к операции КШ [34]:

1. «Что такое ИБС и для чего нужна операция КШ?»
Суть пояснений:
 - операция дает возможность обеспечить мышцу сердца достаточным количеством крови (и, соответственно, кислорода) для нормальной и продолжительной жизни (более 10 лет);
 - операция спасает жизнь и позволяет жить, как живет средний здоровый человек соответствующего возраста.
2. «Как готовиться к операции и предотвратить опасения или страхи в связи с операцией до поступления в стационар?» Суть пояснений:
 - быть спокойным, уверенным в успехе и максимально заботиться о себе;

- продолжать прием рекомендованных лекарств, соблюдать антиатеросклеротическую диету и не курить;
- добиться компенсации хронических болезней и провести санацию (оздоровление) очагов хронических инфекций;
- больше ходить, выполнять предписанные врачом упражнения ЛФК;
- задавать врачу все интересующие вопросы, заниматься дома или амбулаторно ФТ умеренной интенсивности.

3. «Какая ФА разрешается в предоперационный период?» Суть объяснений:

- самый простой вариант ФА – это дозированная ходьба ежедневно по 40–60 мин с частотой шагов на 10–15 больше, чем при ходьбе в среднем темпе;
- наиболее подходящий вариант ФТ – тренировка на тренажерах под руководством кардиолога или специалиста по ЛФК (в поликлинике или больнице; этот вопрос обсудить с врачом);
- важный элемент подготовки к операции КШ – тренировка дыхательной системы.

4. «Какие лекарства должен принимать пациент?» Суть объяснений:

- перед операцией принимайте только те лекарства, которые рекомендует лечащий доктор;
- не принимайте никаких других лекарств без обсуждения с врачом.

Для обучения больных в рамках преабилитации рабочая группа составила краткую подборку текста для предоперационного обучения больных, которым предстоит пройти операцию КШ, – Инструктаж больного перед операцией КШ по правильному поведению после операции (Приложение 13). Каждому больному выдать в личное пользование экземпляр пособия, который он будет использовать как при обучении перед операцией КШ, так и в последующий период после выписки из стационара.

3.2.2. Возможности предоперационной физической тренировки больного

В каждой фазе пребывания больного в кардиохирургическом (кардиологическом) отделении проводятся различные элементы реабилитационных программ. Все эти фазы обеспечиваются сотрудниками отделения. Отделение должно иметь методиста/инструктора ЛФК, который может состоять как в штатном расписании кардиохирургического отделения, так и в отделении ЛФК или реабилитации в зависимости от организационной структуры медицинского учреждения.

Предпосылкой для начала реабилитационных мероприятий до операции КШ являются данные о том, что функциональное состояние больного до операции оказывает влияние как на непосредственные, так и на отдаленные результаты КШ [35, 36]. У больных со сниженной аэробной производительностью по данным тредмил-теста (<5 метаболических единиц, МЕ) была выше периоперационная и 30-дневная летальность по сравнению с пациентами с сохраненной ФРС ($p < 0,05$). У больных старше 70 лет 5-летняя выживаемость составила 65% при низком уровне повседневной ФА до операции КШ и 96% – при высоком уровне ($p < 0,0001$) [36].

Соответственно, логичным выглядит проведение ФТ в период ожидания плановой операции КШ. Однако, несмотря на всю привлекательность данного подхода, имеются организационные и методологические сложности в осуществлении таких программ.

Во-первых, их необходимо использовать в амбулаторных условиях, что заметно влияет на комплаентность пациентов. Во-вторых, могут быть клинические ограничения для проведения ФТ вследствие наличия у больных выраженных симптомов коронарной и сердечной недостаточности. Это влечет ограничения в выборе программ ФТ в дооперационный период.

В программах преабилитации в настоящее время используются следующие виды тренировок: аэробные тренировки, тренировка дыхательной мускулатуры, пассивные тренировки крупных мышечных групп с помощью электромиостимуляции.

Аэробные ФТ проводят обычно в амбулаторных условиях 3 раза в неделю в течение 4–10 нед за время нахождения в листе ожидания операции КШ. Это позволяет повысить ФРС и улучшить качество жизни как перед операцией, так и через 3–6 мес после нее [37, 38].

Даже короткий курс ФТ в сочетании с тренировкой дыхательных мышц (при начале по крайней мере за 5 дней до операции и продолжении его до выписки из стационара) оказывает существенное влияние на исходы КШ. У больных, вошедших в группу реабилитации, по сравнению с группой контроля отмечались более короткое время до экстубации, снижение частоты развития плеврального выпота, ателектазов, пневмоний и ФП. При этом длительность госпитализации также была ниже в группе реабилитации ($5,9 \pm 1,1$ дня против $10,3 \pm 4,6$ дня, $p < 0,001$) [39].

Тренировка дыхательных мышц до операции КШ у больных с высоким риском бронхолегочных осложнений способствует уменьшению числа послеоперационных ателектазов по сравнению с контрольной группой ($p = 0,05$) [40]. Также эти группы различались по частоте развития бронхолегочных осложнений в целом, пневмоний (6,5 и 16,1% соответственно), продолжительности госпитализации после операции [7 (5–41) и 8 (6–70) дней; $p = 0,02$].

При начале тренировок дыхательной мускулатуры до операции и продолжении их сразу же после нее уже на 5-й день отмечается повышение силы инспираторных мышц с 82,64 до 95,45 см водного столба. В группе тренировок также отмечено возрастание дистанции 6-минутной ходьбы, чего не было в контроле. В группе инспираторных тренировок выявлены улучшение КЖ, снижение уровня тревожности, уменьшение времени пребывания в БРИТ ($p < 0,05$) [41].

3.2.3. Рекомендации по предоперационной подготовке респираторной системы и предоперационной тренировке больных ишемической болезнью сердца перед проведением коронарного шунтирования

3.2.3.1. Задачи предоперационной тренировки больных

Задачами предоперационного этапа являются:

1. Тщательное обследование пациентов, планирующих на проведение КШ: санация очагов хронической инфекции, выявление ранее не диагностированных заболеваний легких, а также адекватная компенсация всех хронических заболеваний.
2. Прекращение курения (отказ от него на 24 ч уменьшает количество карбоксигемоглобина и может улучшить оксигенацию, но для нормализации дренирования мокроты требуется отказ от курения не менее чем на 8–6 нед до планируемого хирургического лечения).
3. Снижение ИМТ у пациентов, имеющих избыточную массу тела или ожирение.

4. Коррекция получаемой терапии: например, БАБ должны быть назначены как минимум за 24 ч до КШ всем пациентам, не имеющим противопоказаний, с целью снижения частоты развития послеоперационной ФП (**доказанность: класс I, уровень В**) и вероятности развития периоперационной ишемии миокарда (**доказанность: класс IIa, уровень В**) и продолжены или возобновлены для приема сразу после вмешательства. Учитывая возможные побочные действия в виде бронхообструктивных нарушений, в данном случае оправдано назначение высокоселективных БАБ.

5. Тренировка дыхательной мускулатуры.

6. Обучение пациента диафрагмальному (брюшному) дыханию, щадящему **травмированную** грудную клетку.

7. Обучение методике продуктивного кашля.

Ниже предоставляются методические подходы для выбора методик тренировки больных в соответствии с кадровыми возможностями, оснащением оборудованием медицинского учреждения.

Проведение тренировок дыхательной мускулатуры до госпитализации улучшает состояние респираторной системы пациентов, готовящихся к операции КШ. Тренировка дыхательных мышц осуществляется с применением различных комплексов упражнений, направленных на развитие дыхательной мускулатуры, и с использованием технических средств.

Эффективность тренировки мышечных групп вдоха и выдоха существенно возрастает при использовании технических средств двух типов:

- контрольных устройств (спирометры, дисплеи и др.), позволяющих контролировать усилия дыхательной мускулатуры и достигать заданных пределов;
- дыхательных сопротивлений вдоху и выдоху, позволяющих повысить нагрузку на соответствующие дыхательные мышцы.

3.2.3.2. Применение побудительной спирометрии для тренировки дыхательной мускулатуры

Побудительная спирометрия использует упражнения, задаваемые больному с количественно определяемым результатом [7, 11]. Побуждающие спирометры позволяют пациенту самостоятельно выполнять необходимые упражнения и при этом видеть свои достижения (рис. 1). Возможность самостоятельной регулировки прибора (по программе, заданной врачом) с дозированным наращиванием нагрузки и наглядным улучшением результатов побуждает пациента к столь необходимому после операции глубокому дыханию.

Рис. 1. Побудительный спирометр.



Этот специальный режим спонтанной вентиляции, как и **режим положительного давления в конце выдоха**, появился в начале 1970-х годов как альтернатива надуванию шаров или мячей для профилактики послеоперационных ателектазов. Суть метода состоит в том, что больной вдыхает воздух через шланг, соединенный с поплавковым дозиметром. Поплавок дозиметра похож на цветной шарик для пинг-понга, поднимающийся соответственно объему вдоха. И шарик, и цифры хорошо видны больному, и против величины объема, которой нужно достичь, может быть установлен цветной указатель.

Эффекты побудительной спирометрии: тренировка дыхательной мускулатуры, ликвидация дисателектазов, нормализация вентиляционно-перфузионных соотношений. **Методика выполнения побудительной спирометрии:**

- Побудительная спирометрия выполняется в нескольких возможных вариантах, которые применяются с частотой и продолжительностью, подобранными индивидуально для каждого больного.
- **Вдох заданного объема:** больной вдыхает до заданного объема, выполняя 5–15 вдохов за минуту в течение 5–15 мин с одномоментными перерывами между «рабочими» минутами; интенсивность и продолжительность процедуры зависят от состояния больного.
- **Вдох с заданной скоростью потока:** то же самое выполняется с заданной скоростью, контролируемой по дозиметру потока (такой дозиметр есть не во всех побудительных спирометрах, при его отсутствии больному предлагают делать вдох очень быстрый, замедленный или с нормальной скоростью).
- **Задержка дыхания после вдоха на 5–20 с:** этому приему некоторые авторы придают большое значение, поскольку подержанный максимальный вдох существенно повышает эффективность побудительной спирометрии.
- **Вдох малыми объемами без выдоха:** если блокировать выдох с помощью клапана, то каждый новый вдох будет начинаться с уровня предыдущего вдоха; максимальная емкость легких при этом бывает на 15–20% больше, чем при одиночном максимальном объеме вдоха.
- Проводят 5–6 процедур по 5–6 вдохов ежедневно; процедура дозируется по степени утомления пациента и длительности упражнений.

3.2.3.3. Тренажеры для тренировки дыхательной мускулатуры

Для тренировок дыхательной мускулатуры могут быть использованы разные дыхательные тренажеры. На сегодняшний день на рынке имеется множество дыхательных тренажеров, которые могут использоваться для тренировки дыхательной мускулатуры («POWERbreathe», «POWERbreathe K1», Великобритания; «PowerLung», «Sportbreather», «Threshold», США; «Флаттер PARI-O-PEP», Германия), но не все дыхательные тренажеры имеют доказательную базу в плане эффективности их применения у пациентов с ИБС, готовящихся к операции КШ. Эффективность применения дыхательных тренажеров «Threshold» у данной категории пациентов была доказана в ходе рандомизированного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования [42].

Применение Threshold IMT. Наиболее современным подходом считается применение специальных дыхательных тренажеров с созданием допол-

нительного сопротивления на вдохе Threshold IMT (тренировка инспираторных мышц) и выдохе – Threshold PEP (тренировка экспираторных мышц).

Threshold IMT (рис. 2, а) – тренажер с пружинным клапаном, который открывается, когда инспираторное давление, создаваемое пациентом, превышает напряжение пружины. Выдох происходит беспрепятственно через экспираторный подвижный клапан. Напряжение диафрагмальных мышц при этом является тренирующим упражнением, повышающим силу сокращения мышечных волокон. Тренировка инспираторных и диафрагмальных мышц позволяет менять привычный паттерн дыхания, при котором активно используется сила сокращения диафрагмы и мышц брюшной стенки, что приводит к улучшению вентиляционно-перфузионных отношений, повышению оксигенации крови, уменьшению одышки.

Threshold PEP (рис. 2, б) – тренажер с пружинным клапаном, который создает положительное давление при выдохе. Сопротивление пружины преодолевается путем напряжения экспираторных мышц, имеет тренировочный эффект, в результате которого увеличивается скорость потока выдыхаемого воздуха и тем самым снижается гиперинфляция при ФН. Кроме этого, сопротивление, создаваемое на выдохе, снижает экспираторный коллапс бронхиол, что также улучшает функциональное состояние респираторной системы. Одновременно улучшается дренирующая функция бронхиального дерева.

На рис. 3 представлен тренажер для вдоха **TRIFLO II**. Тренировка мышц, участвующих во вдохе, имеет значение не только для улучшения вентиляции легких, но и для предупреждения спаечного процесса в плевре. В нерабочем состоянии все 3 шарика прибора, поднимающиеся вверх при вдохе, находятся на дне прибора. Далее при вдохе последовательно поднимают левый, средний и правый шарики. Больной на первых порах постепенно обучается подъему левого шарика. Через несколько тренировок он уже способен поднять при вдохе средний и далее правый шарики. При умении поднять все 3 шарика больной должен постепенно стараться удерживать шарики возможно дольше. В начале тренировок это удастся в течение 2–3 с. По мере усвоения работы с этим тренажером больной может достичь удержания до 4–5 с и более. Тренировки проводятся в течение дня 5–6 раз по 5–10 мин в течение 2–3 мес.

Противопоказания к применению дыхательных тренажеров Threshold:

- 1) буллезная эмфизема при наличии истории пневмоторакса;
- 2) наличие обострения тяжелых сопутствующих заболеваний, в том числе тяжелых заболеваний ССС.

Рис. 2. Дыхательный тренажер: а – Threshold IMT; б – Threshold PEP.

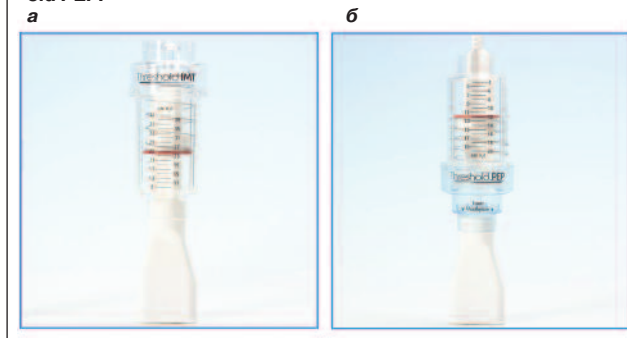
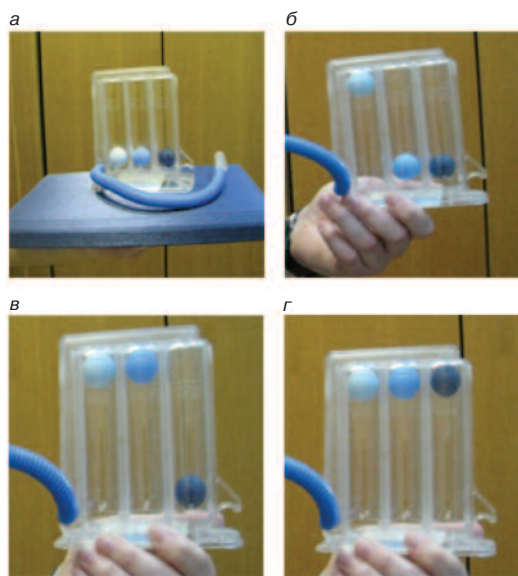


Рис. 3. Тренажер для тренировки вдоха TRIFLO II:
а – шарики находятся на дне прибора; при вдыхании воздуха шарики последовательно заходят вверх прибора:
б – левый, в – средний, г – правый.



Впервые эффективность этого вида ФН, получивших широкое распространение при реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), была продемонстрирована при разработке мер профилактики послеоперационных легочных осложнений у пациентов высокого риска (после АКШ). E. Hulsebos и соавт. (2006 г.) включили в исследование 279 пациентов, готовящихся к операции АКШ, которые были рандомизированы в 2 группы [40]. С 1-й группой (140 пациентов) проводились интенсивные тренировки дыхательной мускулатуры до поступления в стационар для выполнения операции АКШ, а другая группа – контрольная (139 пациентов), получала обычное лечение. Тренировки дыхательной мускулатуры проводились 7 раз в неделю, как минимум в течение 2 нед до операции. Каждая тренировка продолжалась 20 мин, 6 раз в неделю пациенты проводили тренировку самостоятельно и 1 раз в неделю – под контролем врача. Для тренировки мышц вдоха использовался дыхательный тренажер Threshold IMT с начальным сопротивлением 30% от максимального инспираторного давления (PI_{max}), измеренного исходно. Сопротивление увеличивали постепенно, основываясь на ощущении напряжения по шкале Борга. Если оно было менее 5, то сопротивление увеличивали на 5%. Кроме того, пациентов обучали технике форсированного выдоха.

В послеоперационном периоде после АКШ было отмечено 25 (18%) случаев легочных осложнений в 1-й группе (139 пациентов) и 48 (35%) – в контрольной (137 пациентов). Пневмония была зафиксирована у 9 (6,5%) пациентов 1-й группы и у 22 – контрольной. Таким образом, в ходе исследования были получены убедительные доказательства, что интенсивные дыхательные тренировки в предоперационном периоде снижают риск развития легочных осложнений после проведения операции АКШ.

Следует отметить как наш профессиональный недостаток отсутствие опыта применения таких тренажеров в стране. Их использование дает значительные преимущества в более эффективном ведении больных. Не только в ближайшие месяцы после операции – их эффект выявляется в сравнении с группой контроля

и в более отдаленных периодах после проведенной операции (через 1 год и более). Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России следует стимулировать ввод в повседневную практику кардиохирургических центров различных дыхательных тренажеров, представленных выше. **Дыхательные тренажеры должны использоваться не только в первые недели и месяцы, но и в течение всего первого года после операции КШ** (Рекомендации АСС/АНА по КШ, 2011) [14].

Класс IIa

Проведение предоперационной интенсивной тренировки инспираторных мышц целесообразно для снижения вероятности развития легочных осложнений после КШ у пациентов группы высокого риска их развития (**уровень доказательности В**).

Класс IIb

После КШ может быть целесообразным проведение неинвазивной вентиляции легких с положительным давлением в конце выдоха для улучшения легочной механики и снижения необходимости в реинтубации (**уровень доказательности В**) [43, 44].

3.2.4. Применение лечебной физкультуры для тренировок дыхательной мускулатуры

ЛФК, используя дыхательные упражнения, ставит следующие задачи: укрепить дыхательные мышцы, увеличить подвижность легких и грудной клетки, научить больных правильно дышать, оптимизировать функции ССС путем улучшения присасывающего действия грудной клетки, снизить частоту пульса и АД после физических упражнений, овладеть ритмом дыхательных движений в разных условиях (покой, движение, работа).

Приступая к дыхательным упражнениям, следует запомнить основные методические принципы их проведения:

1. Дыхательные упражнения назначаются в проветренном помещении через 2–3 ч после принятия пищи.
2. Функциональные изменения (положительные и отрицательные) в легких зависят от глубины дыхания:
 - **глубокие вдохи** очень полезны для легких, но если фаза выдоха будет коротка и недостаточна, то при частых глубоких вдохах у некоторых больных (пожилых, с заболеванием легких) могут наступить растяжение легочной паренхимы и образование эмфиземы;
 - частые и чрезмерно **форсированные вдохи** могут вызвать у некоторых больных (например, с перенесенным ранее туберкулезом и бронхоэктазией) разрыв отдельных легочных альвеол, поэтому форсированные вдохи противопоказаны;
 - **выдох** должен производиться плавно, без толчков, без напряжения;
 - при **форсированном (резком) выдохе** не исключена также угроза разрыва альвеолярной сети;
 - **напряженный выдох** повышает давление внутри брюшной полости;
 - не следует увлекаться **продолжительной задержкой дыхания** – это противоречит всем физиологическим законам; с увеличением длительности задержки дыхания в конце апноэ меняется и состав альвеолярного воздуха (процент кислорода значительно уменьшается, а процент углекислого газа увеличивается).
3. В зависимости от положения больного изменяется и положение его диафрагмы:

- при вертикальном положении купол диафрагмы достигает пятого ребра;
- сидя – купол диафрагмы выпячивается до верхнего края шестого ребра;
- лежа на спине или животе – купол диафрагмы достигает верхнего края пятого ребра.

Объем дыхательной амплитуды диафрагмы больше всего при положении лежа на спине, меньше – сидя и еще меньше – стоя.

4. Приступая к дыхательным упражнениям, необходимо помнить анатомо-физиологические особенности дыхательных фаз:

- **вдох гармонизирует со следующими движениями:** подниманием головы, разведением плеч, подниманием рук вперед или в стороны, разведением их из положения вперед в стороны, подниманием рук вверх, разгибанием туловища, отведением одной ноги назад или в сторону с опорой на носок;

- **выдох гармонизируют** с опусканием (наклонение) головы, опусканием/сведением плеч, опусканием рук и сведением их вперед после разведения в стороны, наклоном туловища и поворотом его в сторону, подниманием одной ноги вперед.

5. Очень хорошо начинать выполнение дыхательных упражнений в сочетании с элементарными движениями рук, ног и туловища.

6. Дыхательные упражнения делятся на:

- **динамические** – дыхательные упражнения, связанные с ходьбой, медленным бегом, другими движениями; динамические дыхательные упражнения – обязательная часть каждого группового урока, они чередуются с физическими упражнениями и входят в так называемую группу «отвлекающих» упражнений;

- **статические** – дыхание производится либо при полной неподвижности тела в разных исходных положениях, либо сопровождается легкими движениями; статические упражнения также включаются в групповые уроки по ЛФК, но главное место отводится им как лечебному средству при болезнях легочного аппарата, искривлениях грудной клетки.

7. Дыхательные упражнения выполняются в исходном положении (И.п.): лежа на спине, лежа на боку, сидя, стоя, в движении.

8. Приступая к дыхательным упражнениям, необходимо научить больного дышать через нос. Дыхание должно быть глубоким, ритмичным и равномерным. Необходимо следить, чтобы дыхание было произвольным, в особенности вдох. Сделав выдох, не следует стремиться сделать вдох: вдох должен произойти произвольно, без всякого усилия больного. На ритм дыхания больше всего влияют два момента: произвольное дыхание и мышечные движения.

9. Всякие движения руками, туловищем в свою очередь влияют на ритм и темп дыхания. Наилучшим упражнением, во время которого легче всего сочетать ритм движения с ритмом дыхания, является ходьба.

10. Объем комплекса статических и динамических упражнений составляется индивидуально для каждого пациента с учетом соматического статуса и тренированности.

3.2.4.1. Применение статических дыхательных упражнений

Статические дыхательные упражнения улучшают дыхательную функцию и благотворно действуют на дыхательный аппарат. Для практического приме-

нения предлагается несколько видов статических дыхательных упражнений (табл. 3).

3.2.4.2. Применение динамических дыхательных упражнений

Использовать динамические дыхательные упражнения можно в дооперационном периоде и через 2–3 мес после операции с применением стернотомии. Динамических дыхательных упражнений очень много. Для практического применения в табл. 4 предлагается несколько видов динамических дыхательных упражнений.

3.2.4.3. Методика диафрагмального дыхания

Диафрагмальное дыхание направлено на улучшение газообмена, окислительно-восстановительных процессов, подготавливает сердечно-сосудистую и дыхательную системы к увеличению нагрузок.

Методика диафрагмального дыхания:

1. И.п. – лежа на постели или сидя на стуле, пациенту рекомендуется расслабиться, одну руку положить на живот, другую – на грудь. Сделать спокойный вдох через нос, надувая живот, при этом рука, лежащая на животе, приподнимается, а вторая, на груди, – должна оставаться неподвижной. Длительность вдоха 2–3 с.
2. При выдохе через полукруглый рот живот отпускается. Длительность выдоха 4–5 с. После выдоха не надо торопиться повторно вдохнуть, а следует выдержать паузу около 3 с – до появления первого желания вдохнуть.
3. В течение одного занятия необходимо проведение от 10 до 20 тренировочных циклов, не менее 4–5 раз в день.

3.2.4.4. Методика продуктивного кашля

Необходимо объяснить пациенту, как правильно откашливать мокроту после операции. Очень важно сообщить, что не следует ограничивать кашель, который является закономерным в послеоперационном периоде. Данной методике пациент должен быть обучен еще в предоперационном периоде, и это задача врачей как амбулаторного звена, так и стационара, занимающихся подготовкой пациента к операции. Чтобы облегчить откашливание, можно прижать к груди ладони (поддерживать грудную клетку).

Для улучшения дренажной функции легких можно использовать упражнения дыхательной гимнастики, которые следует повторять в течение дня несколько раз:

1. На вдохе растереть крылья носа, на выдохе похлопать по ноздрям, произнося звук «м-м-м».
2. Поочередное дыхание левой и правой ноздрей: закрыть левую ноздрю, правой – вдох, выдох, закрыть правую ноздрю – вдох, выдох левой.
3. Носом порциями вдох, выдох – сквозь зубы, произнося звук «ш-ш-ш».
4. Ладони на плечах. Порционный выдох носом, сдвигая локтями боковую поверхность грудной клетки.

Разработка индивидуальных программ тренировки дыхательной мускулатуры проводится врачом ЛФК с учетом тяжести состояния пациента, наличия хронических заболеваний и т.д. После обучения методикам правильного выполнения упражнений пациент может их выполнять самостоятельно.

Рекомендуемый комплекс физических упражнений выполняется за 20–30 мин до еды или через 1–1,5 ч после еды, но не позднее чем за 1 ч до сна.

Таблица 3. Виды статических дыхательных упражнений		
Исходное положение	Содержание упражнения	Комментарий
1. Лежа на спине, стоя или сидя, руки вытянуты вдоль туловища, мускулатура тела расслаблена	Сделав выдох, нужно медленно и плавно вдыхать через нос, удержав на 1 с воздух, – выдохнуть Темп дыхания регулируется счетом; вариации счета различны, в зависимости от поставленных задач и состояния больного Для контроля за расширением грудной и брюшной полости <u>методист</u> кладет одну руку на живот, другую – на грудную клетку больного	<u>Задача упражнения:</u> овладеть техникой полного вдоха и выдоха <u>Требование к выполнению упражнения:</u> устранить форсированные вдох и выдох
2. Лежа на спине, сидя или стоя	Сделать очень энергичные вдох и выдох; при вдохе сначала опускается вниз диафрагма (выпячивается брюшная стенка), а затем начинает расширяться грудная клетка Это же упражнение может совершаться при одновременной работе грудной клетки и диафрагмы	Упражнение получило название « <u>глубокое дыхание</u> » Физиологический эффект достигается благодаря повышению отрицательного давления в грудной полости, улучшению венозного кровотока, увеличению подвижности и эластичности грудной клетки «Глубокое дыхание» оказывает благотворное действие на сердечную деятельность
3. Лежа на спине или стоя	Сделать вдох, опустив диафрагму и максимально выпятив живот при относительно неподвижной грудной клетке; затем – выдох, при котором живот втянуть	
Таким образом, при диафрагмальном или брюшном типах дыхания в основном расширяется нижняя часть грудной клетки. В работу вовлекается мускулатура диафрагмы		
4. Сидя	Сделать глубокий вдох, втянуть живот, энергично расширяя нижнюю часть груди Предлагается при «боковом дыхании» положить кисти рук на ребра и при выдыхании надавливать на них	«Боковое, или реберное, дыхание» влияет преимущественно на нижние боковые части легких Задача этих статических упражнений – увеличение экскурсии грудной клетки и усиление работы экспираторных и инспираторных групп мышц
5. Лежа, сидя или стоя, держа руки на поясе или вдоль туловища	Сделать выдох, затем – паузу, за паузой – вдох; все фазы дыхания точно дозируются счетом; темп дыхания постепенно замедляется, и пауза между вдохом и выдохом увеличивается	
6. Стоя, сидя или лежа	Сделать равные по протяженности вдох и выдох, неудлиненный вдох и укороченный выдох, затем наоборот – энергичный вдох и медленный выдох; медленный вдох и энергичный выдох; энергичные вдох и выдох	Каждое из упражнений дозируется по секундам с дальнейшим увеличением количества повторений по фазам соответственно выполняемым заданиям
Каждое из упражнений дозируется по секундам с дальнейшим увеличением количества повторений по фазам соответственно выполняемым заданиям.		

3.2.5. Методика вибрационного массажа грудной клетки

Вибрационный массаж можно выполнять как с использованием дополнительного оборудования (вибромассажера), так и без него. Для проведения процедур вибротерапии используют амплитуду перемещений от 0,01 до 7 мм и частоту 10–250 Гц, могут быть использованы вибромассажеры «Чародей», «Тонус-3», «ВМП-1», «ПЭМ-1», «Medex 3D» и др.

3.2.5.1. Мануальные методики вибромассажа

Ладони массажиста сжимаются в кулаки и легкими движениями в запястьях поколачиваются, как молоточками, простукивают заднюю поверхность грудной клетки, не отрываясь во время движения от нижних отделов к верхним. Не следует простукивать от локтя или со всего плеча – это будет неприятно пациенту. Кулаки должны двигаться только в запястьях. Во время сеанса желательно, чтобы больной разговаривал, пел или произносил звук «р-р-р-р». Постукивание перемежается с растиранием грудной клетки, соблюдением направления от нижних ее отделов к верхним.

Кроме этого, возможно проведение поколачивания следующим образом: проведением слабых ударов (шлепков) открытой рукой по задневерхним участкам грудной клетки между лопатками или попеременно правой и левой ладонями на выдохе пациента. Продолжительность процедуры – не менее 30 с.

3.2.5.2. Методика проведения вибротерапии с использованием вибромассажера

Вибротерапию проводят по лабиальной методике, постоянно перемещая вибратор плавными круговыми движениями по коже грудной клетки без существенного давления на нее. Сначала продвигают вибратор по спине от околопозвоночной к подмышечной линии на уровне ThX–XII несколько раз с каждой стороны, затем по обеим околопозвоночным, воротниковой зоне и далее по 6–8-му межреберным пространствам с обеих сторон от позвоночника до подмышечных линий, затем на области над- и подключичных зон.

Вибрацию верхней трети грудной клетки проводят преимущественно на вдохе, а нижней трети – на выдохе. Дозирование осуществляют по частоте вибрации, амплитуде вибрационного перемещения и площади вибратора. Проводят 10–12 ежедневных процедур общей продолжительностью 12–15 мин.

3.3. Классификация больных по тяжести клинического состояния

На I этапе реабилитации примерно через 3–4 дня становится ясным, каково послеоперационное течение болезни и какие осложнения реализуются у больных. Учет клинического состояния позволяет выделить 3 группы больных:

Таблица 4. Виды динамических дыхательных упражнений

Исходное положение	Содержание упражнения
1. Руки на поясе или опущены вдоль туловища	1) сделать вдох, наклонив голову к левому плечу, затем выдох, наклонив голову от левого плеча к правому 2) отвести голову назад – вдох, согнуть подбородок к груди – выдох 3) повернуть голову к левому плечу – вдох, повернуть от левого к правому плечу – выдох
2. Руки на поясе или опущены вдоль туловища	1) медленно поднимать плечи – вдох, опускать – выдох 2) отвести плечи и согнутые в локтях руки назад – вдох, привести плечи и руки в И.п. – выдох 3) вращать плечи вперед и вверх – вдох, назад и вниз – выдох
3. Руки на поясе или опущены вдоль туловища	1) вытянуть руки вперед до соприкосновения ладоней и развести их в стороны – вдох, свести их – выдох 2) то же движение, но с ладонями, повернутыми кверху при разведении и повернутыми вниз – при сведении 3) поднять руки вверх – вдох, опустить их – выдох 4) кружение рук, описывая задний полукруг, отводя руки назад с неполной амплитудой – вдох, то же положение рук вперед в стороны – выдох 5) кружение рук, отводя их в стороны, – назад (это упражнение расширяет грудную клетку) 6) согнуть руки к плечам (пальцы рук касаются плеч, локти опущены и отведены слегка назад), затем вытянуть их вверх ладонями внутрь, немного шире плеч, отводя одновременно левую ногу (прямую) назад на носок – вдох, вернуться в И.п. – выдох
4. Ноги на ширине плеч, руки опущены	1) медленно подняться на носки, одновременно медленно поднимая руки в стороны и вверх и поворачивая их ладонями вперед и наружу (смотреть на кисти рук; руки немного шире плеч) – медленный глубокий вдох 2) медленно опуститься на всю ступню, руки опустить через стороны в исходное положение, поворачивая их ладонями вперед и наружу, – продолжительный выдох
5. Руки на поясе или опущены вдоль туловища Руки на поясе	1) наклоны туловища в стороны с попеременным скольжением ладонями по бедру и боку вниз и вверх с произвольным, но равномерным и глубоким дыханием 2) наклоны туловища в стороны, положение рук одну – на голову, другую – на пояс, делая попеременно вдох и выдох 3) наклон туловища вперед – выдох; напряженное разгибание до отказа, не отклоняя головы, – вдох Дыхательные упражнения в соединении со сгибанием и разгибанием туловища можно делать, отводя руки назад со сцепленными кистями или согнув руки за голову – локти на уровне плеч.
6. То же стоя, ноги врозь	1) выполните глубокий вдох с максимальным подниманием рук вверх через стороны 2) после этого на выдохе опустите руки и наклоните голову и шею вперед
7. Стоя и держа в руках камеру от футбольного мяча	1) несколькими глубокими вдохами надуйте камеру; при выполнении этого упражнения для учета величины нагрузки на диафрагму следует фиксировать время наполнения резервуара и каждый раз подсчитывать время по отношению к одному и тому же объему воздуха 2) для большей нагрузки можно надувать камеру с уплотнителями в виде крышки, на камеру укладывать определенный груз либо слегка сжимать ее руками при надувании

• **1-я группа – с неосложненным течением послеоперационного периода:** больные могут участвовать во всех мероприятиях по реабилитации. Как показывает опыт, эти больные реагируют явно положительно на применяемые методы реабилитации и за 4–6 нед от начала операции вполне успешно достигают V степени двигательной активности (ДА).

• **2-я группа – с осложнениями умеренной тяжести:** у больных выполнение реабилитационных программ проходит более медленными темпами и не в полном объеме; у них нередко развиваются тревожно-депрессивный синдром, более или менее выраженные послеоперационные осложнения. Но в конечном счете эти больные, хоть и медленно и менее уверенно, но выходят из неудовлетворительного состояния и могут вернуться к трудовой активности и удовлетворяющему их качеству жизни.

• **3-я группа – с постоянными осложнениями,** препятствующими или даже не дающими возможности быстрой активизации и эффективной реабилитации, в том числе с применением физических методов. Реабилитационный потенциал у большинства из них очень низкий. Понятно, что реабилитационные мероприятия у них могут оказаться недостаточно эффективными.

Больные 3-й группы тяжести с очень низким реабилитационным потенциалом не подлежат кардиореабилитации. Но больным 3-й группы тяжести с низким реабилитационным потенциалом показана программа ФТ.

Мы уже обозначили, что длительность пребывания послеоперационного больного в реабилитационном стационаре ЦКР не должна быть менее 24 дней. Применительно к больным с осложненным послеоперационным течением вопрос о продолжительности

пребывания в стационаре решается индивидуально реабилитационной бригадой в зависимости от обстоятельств.

4. Этапы реабилитации после КШ и система двигательной активности

Для расширения режима больных после ОКС используют систему ДА, состоящую из 7 ступеней. Такая система использовалась в СССР и оказалась вполне эффективной на всех этапах кардиореабилитации (Методические рекомендации, утвержденные Минздравом СССР, 1983). Она была модифицирована для Российских клинических рекомендаций по реабилитации больных ОИМ с подъемом сегмента ST (2014 г.) [45].

Программа основана на идеологии ранней активизации кардиальных больных и быстрого расширения режима их ДА. Методика предусматривает использование 7 ступеней ДА, включающей в себя собственно режим активности больных, комплексы ЛФК с постепенным усилением гимнастических упражнений с переходом на III этапе реабилитации на программы ФТ с использованием велотренажеров, дозированной ходьбы на открытой местности.

Первые две ступени ДА используются у больных после КШ на I (госпитальном) этапе; 3–5-я ступени ДА – во время пребывания в реабилитационном стационаре (II этап; ранняя стационарная реабилитация в ЦКР); 6–7-я ступени ДА – при поликлинической реабилитации в ЦКР.

4.1. Первый этап реабилитации (в отделении кардиохирургии)

4.1.1. Первая ступень двигательной активности I этапа

Реабилитация больного в отделении реанимации при неосложненном течении послеоперационного

Таблица 5. Программа физической реабилитации больных ИБС после КШ на стационарном этапе				
Ориентировочная продолжительность	Двигательный режим/степени (ДА)	Содержание режима	Формы и средства ЛФК	Методические указания
Первые 12 ч после операции	Строгий постельный IА	Постоянное пребывание в постели с приподнятым головным концом. Полное обслуживание медперсоналом. Пассивные повороты на бок	Индивидуально, комплекс ЛФК №1 (по 1–2 повтора каждого упражнения). И.п. – лежа на спине. Статические дыхательные упражнения, повороты туловища на правый и левый бок (пассивные), 5–6 мин	Приложение 14.1 Интенсивность занятий – низкая Амплитуда движений – минимальная
После операции 12–24 ч	Постельный IА	То же + присаживание в постели 2–3 раза в день с помощью медперсонала. Активные повороты на бок. Бритье, чистка зубов, сидя на кровати	Индивидуально, комплекс ЛФК №1 (3–4 повтора каждого упражнения) И.п. – лежа на спине 7–8 мин, 2–3 раза в день	Приложение 14.1 Интенсивность занятий – низкая Амплитуда движений – минимальная
После операции 24–48 ч	Расширенный постельный IБ	То же + сидение на кровати, ноги с опорой на подставку (15–20 мин). Пересаживание на стул (2–3 раза). Принятие пищи сидя. Самостоятельные присаживания в постели, ноги с опорой на подставку, 2–3 раза	Индивидуально, комплекс ЛФК №2 (по 2–4 повтора каждого упражнения). И.п. – лежа на спине. Статические дыхательные упражнения, активное откашливание 8–10 мин 2–3 раза в день. Самостоятельные занятия по облегченному комплексу №1 (1–2 повтора каждого упражнения), 5–6 мин, 1–2 раза в день	Приложение 14.2 Интенсивность занятий – низкая
После операции 48–72 ч	Расширенный постельный или палатный IБ	То же + самостоятельные пересаживания на стул (2–3 раза в день), вставание со стула с помощью медперсонала. Ходьба в БРИТ или палате	Индивидуально, комплекс ЛФК №2 (4–6 повторов каждого упражнения) И.п. – лежа на спине. Статические и динамические дыхательные упражнения, активное откашливание 10–12 мин 2 раза в день. Упражнения для мышц шеи, плечевого пояса. Самостоятельные занятия по облегченному комплексу №1 (1–2 повтора каждого упражнения) или №2 (по выбору) по 2 повтора каждого упражнения	Приложение 14.2 Интенсивность занятий – низкая Амплитуда движений – средняя
После операции 4–5-й день	Палатный, выход в коридор II	Прием пищи сидя за столом. Пребывание сидя без ограничений. Ходьба по палате. Выход в коридор. Ходьба с ежедневным увеличением проходимого расстояния	Индивидуально комплекс ЛФК №3 (4–6 повторов каждого упражнения). И.п. – сидя на стуле. Упражнения для всех мышечных групп верхних и нижних конечностей в сочетании со статическим и динамическим дыханием. Упражнения для тренировки вестибулярного аппарата: «ходьба» сидя в медленном темпе. Общее время 12–15 мин. Самостоятельные занятия по комплексу №1 или 2 по выбору (2–3 повтора каждого упражнения) 1–2 раза в день, ходьба по коридору 50–200 м в 2–3 приема	Приложение 14.3 Интенсивность занятия – низкая и средняя Амплитуда движений – средняя
После операции 6–7-й день	Свободный в пределах отделения III	То же + освоение ходьбы по лестнице, полное самообслуживание, свободная ходьба по потребностям	Индивидуально или в малых группах, комплекс ЛФК №3 (6–8 повторов каждого упражнения) И.п. – сидя на стуле, 12–15 мин. Упражнения в изометрическом режиме на малые мышечные группы с последующим расслаблением, возможны небольшие повороты, неполные наклоны туловища. Ходьба по коридору без ограничения. Подъем по лестнице (1–2 пролета) 1–2 раза в день	Приложение 14.3 Интенсивность занятия – средняя Амплитуда движений – максимально возможная для больного

периода должна начинаться как можно раньше – сразу после экстубации. Врач ЛФК совместно с врачом оценивает готовность пациента к реабилитации и составляет индивидуальную программу (табл. 5).

Первая ступень охватывает период пребывания больного на постельном режиме. Физическая активность на подступени IА допускается после ликвидации болевого синдрома и обычно ограничивается

сроком в 1 сут. Первые 12 ч после операции больной находится на строгом постельном режиме в кровати с приподнятым головным концом на полном обслуживании медперсонала (в том числе пассивные повороты набок). Во избежание гипокинезии в условиях предписанного больному постельного режима назначается комплекс ЛФК №1 (по 1–2 повтора каждого упражнения, И.п. – лежа; Приложение 14.1).

После 12–24 ч после операции (постельный режим) возможны присаживания в постели 2–3 раза в день с помощью медперсонала, умывание, чистка зубов, бритье сидя на кровати, активные повороты на бок. Количество повторов упражнений в комплексе ЛФК №1 увеличивается до 3–4 раз с переводом больного на расширенный постельный режим (подступень ИБ).

24–48 ч после операции возможны опущение головного конца кровати, самостоятельные присаживания и сидение на кровати с опорой ног на подставку (15–20 мин), пересаживание на стул с помощью медперсонала (2–3 раза), принятие пищи сидя. Параллельно назначаются комплекс ЛФК №2 (по 2–4 повтора каждого упражнения, И.п. – сидя; Приложение 14.2), массаж спины и передней грудной стенки (кроме области рубца) в сидячем положении.

Для самостоятельных занятий возможно использование комплекса ЛФК №1 в облегченном варианте (1–2 повтора каждого упражнения, И.п. – лежа), разрешается вставать и ходить около кровати.

От 48 до 72 ч после операции при расширенном постельном режиме разрешены самостоятельные пересаживания на стул (2–3 раза в день), вставание со стула с помощью медперсонала. Комплекс ЛФК №2 (4–6 повторов каждого упражнения, И.п. – сидя) проводится с инструктором, а для самостоятельных занятий больному предлагается на выбор комплекс ЛФК №1 облегченный вариант (1–2 повтора каждого упражнения) или №2 (по 2 повтора каждого упражнения).

Больной считается готовым к повышению ДА, если ЧСС повышается при выполнении лечебной нагрузки не более чем на 20 уд/мин, а АД – на 10–40 мм рт. ст., при этом отсутствуют новые изменения на электрокардиограмме (ЭКГ), клинические симптомы ишемии миокарда или признаки СН. Врач ЛФК контролирует появление этих симптомов. При удовлетворительном состоянии больного и адекватной реакции на расширение режима больного можно перевести на следующую ступень ДА.

Эффективность ранней послеоперационной реабилитации возрастает, если в предоперационном периоде пациент обучен основным ее методам. Пациенту необходимо объяснить принцип действия физических упражнений и ожидаемые результаты от их применения. Мы уже указывали, что в предоперационном периоде пациентов необходимо обучить различным приемам откашливания.

Методист/инструктор ЛФК производит первую вертикализацию больного. Перед вставанием и после вставания он измеряет АД в положении сидя, а затем через 5 мин – стоя. Снижение АД более чем на 20 мм рт. ст. – признак ортостатической недостаточности. В подобном случае больному рекомендуют в течение дня больше находиться в сидячем или полусидячем положении с повышенным головным концом кровати.

Вертикализация сопровождается ходьбой около кровати в медленном темпе. В этот же день при благоприятной реакции на расширение режима больной может самостоятельно вставать и ходить около кровати 2–3 раза.

На II ступени ДА больному назначается один из представленных в рубриках 3.2.2–3.2.5.2 видов дыхательных тренировок с использованием дыхательных тренажеров. Дыхательный тренажер является индивидуальным прибором. Тренировки по описанной в разделах 3.2.3.2–3.2.4 методике выполняются не толь-

ко в кардиохирургическом отделении (больнице), но и дома в течение 1 года. При отсутствии дыхательных тренажеров следует использовать дыхательные упражнения ЛФК, представленные в разделе 3.2.

Исследователи из Швеции утверждают, что дыхательные упражнения должны совершаться ежедневно [46]. Дыхательные упражнения с применением разных спирометрических устройств – важная составляющая физической реабилитации больных после КШ. При начале дыхательных тренировок (спирометрия с положительным давлением на выдохе) сразу после КШ и продолжении не менее 4 нед их положительный эффект у больных сохраняется в течение 1,5 года после операции [47].

Методист/инструктор ЛФК объясняет больному, как облегчить отхождение мокроты, обучает его повороту на бок, присаживанию и помогает ему правильно присесть. Больной может воспользоваться прикроватным стульчаком для дефекации и мочеиспускания. Ему помогают умываться.

Больному предлагают соки (по выбору), остывший чай или бутилированную воду. Прием пищи осуществляется в сидячем положении. На досуге больной может заниматься чтением, слушать радио. Разрешается общение с родственниками.

Роль лечащего врача заключается в объяснении больному сути выполненной операции и рассказе о ближайших перспективах по продолжению медикаментозной терапии, о краткосрочной (1–2 дня) I ступени ДА, следует предупредить больного о нежелательных действиях в связи с наличием введенных ему катетеров и сделанных повязок.

Врач ведет собеседование и с родственниками об их роли в судьбе больного. Подобные собеседования надо вести при каждой возможности общения с родственниками, имея в виду уточнение высказываемых пожеланий и расширение объема действий по различным аспектам жизни больного – по вопросам соблюдения диеты, усиления приверженности врачебным рекомендациям и помощи в прекращении курения.

4.1.2. Вторая ступень двигательной активности I этапа

Вторая ступень ДА назначается больному, когда он из реанимационного отделения переводится в палату кардиохирургического отделения.

Лечащий врач и врач ЛФК больному назначают II ступень ДА. Она предусматривает расширение продолжительности ходьбы, самостоятельность в пределах палаты. Разрешаются выход в коридор и медленная ходьба с перерывами в течение дня (60–70 шагов в минуту) в первые 2–3 дня перевода в палату под наблюдением методиста/инструктора ЛФК на расстояние до 200 м. Наращивание темпа и продолжительности ходьбы производится ускоренно, но при условии хорошего восприятия нагрузок от одной ступени ДА к другой, более высокой.

В течение первых 4–5 дней после операции больной выполняет комплекс ЛФК №3 (4–6 повторов каждого упражнения; Приложение 14.3) под руководством инструктора/методиста ЛФК, для самостоятельных занятий оставляется комплекс ЛФК №1 в полном объеме или №2 (2–3 повтора каждого упражнения). Основное назначение реабилитационных мероприятий на этом этапе – предупреждение гиподинамии, щадящая тренировка кардиореспираторной системы, подготовка больного к свободной ходьбе по коридору и подъему по лестнице. Темп ходьбы ускоряется до 70–80 шагов в минуту, прохо-

димое расстояние увеличивается каждые 2 дня на 150–200 м. За 2–3 дня до предполагаемой выписки больной вместе с методистом/инструктором ЛФК обучается подъему на 1 этаж по лестнице.

Противопоказаниями к активной части физической реабилитации (начиная со II ступени ДА) больных после КШ являются следующие состояния:

- ОКС;
- ХСН IV ФК;
- нарушения сердечного ритма: желудочковые экстрасистолы и тахикардия опасных градаций, пароксизмальные тахикардии, возникающие при ФН, не поддающиеся оптимальной терапии;
- нарушения проводимости: синоатриальная и атриовентрикулярная блокады 2–3-й степени, кроме пациентов с имплантированными кардиостимуляторами;
- стабильная АГ или гипертоническая реакция на ФН с повышением САД > 180 мм рт. ст., ДАД > 100 мм рт. ст., не поддающиеся оптимальной антигипертензивной терапии;
- снижение САД $\geq$ 20 мм рт. ст. при ФН;
- выраженный аортальный стеноз;
- синкопальные состояния;
- острый перикардит, миокардит;
- неконтролируемый СД;
- тромбоэмболия или тромбоз (в сроки до 3 мес);
- острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака (в сроки до 3 мес);
- острое инфекционное заболевание (в том числе и вирусные инфекции);
- кровотечение;
- повышение температуры тела;
- недавно перенесенная эмболия;
- гипогликемия или выраженная гипергликемия;
 - выраженный диастаз грудины (противопоказания на выполнение комплекса упражнений верхних конечностей и туловища).

При палатном и свободном режимах используется комплекс ЛФК №3 с разным количеством повторов (Приложение 14.3).

4.1.3. Выписка больного из кардиохирургического стационара

Послеоперационный период предусматривает нахождение больного в отделении реанимации (до 3 сут) и кардиохирургическом отделении до снятия послеоперационных швов. Количество койко-дней обусловлено общим состоянием больного и состоянием хирургической раны.

У подавляющего большинства больных за 7–10 дней идет прогрессирующее повышение ДА без каких-либо отрицательных явлений. Больной готовится к переводу в **стационар ЦКР**. В случае его отсутствия больной поступает под наблюдение поликлиники.

Безусловно, следует добиваться планового перевода больного из кардиохирургического отделения в стационарное отделение ЦКР. Это самый эффективный и оправданный вариант. В прежние времена все оперированные больные для реабилитации помещались в отделения местных кардиологических санаториев, и это давало хороший эффект.

Что же касается отправки больного домой после операции КШ, это явно нежелательный вариант развития событий. Тем не менее он встречается в реальной клинической практике. Конечно, следует поста-

раться по возможности поддержать больного любыми способами. В частности, дать больному в руки выписку из истории болезни со всеми необходимыми рекомендациями, подкрепив их соответствующими памятками. В ней, кроме традиционного изложения данных о диагнозе, проведенном лечении и рекомендациях по лечению, желательно изложить по пунктам (и детально):

1. Как в домашних условиях больному выполнять дозированную ходьбу для тренировок.
2. Как правильно принимать назначенные медикаменты и поддерживать высокий уровень приверженности лечебным рекомендациям.
3. Как соблюдать антиатеросклеротическую диету.
4. Как модифицировать имеющиеся у больного ФР (с особым вниманием на прекращение курения).
5. Как добиваться и поддерживать целевые уровни липидов крови, глюкозы, САД и ДАД, ЧСС, массы тела.

Становится очевидным, что отделения кардиохирургии должны постепенно переходить на подготовку собственных или заимствование официально распространяемых пособий по каждому перечисленному вопросу.

4.2. Второй этап кардиореабилитации после коронарного шунтирования в стационаре центра кардиореабилитации

4.2.1. Общие вопросы II этапа

Второй этап кардиореабилитации больных ИБС после АКШ проходит **в стационаре ЦКР – это ранняя стационарная реабилитация**.

Содержание программ реабилитации больных после КШ в реабилитационном стационаре:

1. Продолжение комплексной медикаментозной терапии, начатой в кардиохирургическом отделении.
2. Дальнейшее расширение ДА и назначение больному постепенно возрастающих по интенсивности комплексов ЛФК №3, 4, 5. Эти комплексы связаны с выходом больных за пределы больничного корпуса. Может случиться, что на предшествующем этапе (в кардиохирургическом отделении) не было возможности выхода за пределы здания. В подобных случаях следует немедленно учесть это обстоятельство и дать возможность больному выполнять дозированную ходьбу, прогулки на открытой территории и даже (в подходящие по погоде дни) выполнять комплекс ЛФК на открытом воздухе. До выписки из стационара ЦКР больной должен провести несколько тренировок на тренажерах (велотренажер, беговая дорожка, степпер и др.). Нагрузка при использовании этого оборудования в первые 2–3 подхода должна быть минимальной вплоть до «холостого хода». В первые 2–3 занятия больные осваивают саму идею тренировок на тренажерах и приучаются к обращению с ними. Здесь присутствует психологический подход. Люди должны осознать, что, несмотря на свою хроническую болезнь, они начинают новый этап своей жизни – этап предотвращения гиподинамии путем тренировок на тренажерах и повышения своей бытовой ДА. Врачи всячески должны способствовать в разговорах с больным и его родственниками усвоению простой идеи – для улучшения состояния своего здоровья и увеличения продолжительности жизни главным действующим лицом является он сам, конечно, в сотрудничестве с врачами и органами здравоохранения.

3. Образовательная программа «Школа для больных ИБС после перенесенной операции КШ и их родственников» (7 занятий) с привлечением родственников больного.
4. Программа ФТ динамического характера и умеренной интенсивности (тренирующая нагрузка 50% от пороговой мощности больного по результатам ЭКГ-пробы с ФН).
5. Программа психотерапевтической поддержки больных после операции КШ с помощью психотерапевта и психолога.
6. Программы модификации ФР, имеющих у больного (АГ, гипер-, дислипидемия, курение, СД, ожирение, склонность в быту к малоподвижному образу жизни, наследственный анамнез).

Преимуществом современных ЦКР является то, что они создаются в самом городе, т.е. близко к месту жительства больного, что облегчает общение с родными и близкими.

Современная концепция реабилитации предусматривает активное участие родных и/или близких людей больного в некоторых программах реабилитации, особенно имеющих характер обучения. К таким программам относятся обучение больного высокой приверженности назначенному лечению, правильному выполнению диетических предписаний, выполнению распорядка дня, обучению больного по программе «Школа для больных ИБС после КШ и его родственников». Родственники больного должны стать помощниками ему во всех домашних программах, назначаемых врачами, следить за выполнением медикаментозных назначений и рекомендаций.

Пребывание больных в реабилитационном стационаре для больных после КШ должно длиться до 24 дней, а для отдельных больных по необходимости и более этого срока, до достижения ими уровня ДА V или VI ступени. Только при достижении этого уровня ДА больной может быть выписан из стационара и направлен на III этап реабилитации – в поликлиническое отделение ЦКР для выполнения комплексной программы кардиореабилитации поликлинического этапа.

4.2.2. Третья ступень двигательной активности II этапа

На 6–7-й день после операции больного переводят на свободный режим III ступени ДА. Перед выпиской из стационара производится определение толерантности больного к ФН с помощью велоэргометрической пробы (ВЭМ) или тредмилэргометрии (ТредмилЭМ), теста с 6-минутной ходьбой, у отдельных больных – радиоизотопная сцинтиграфия, визуализирующая перфузию миокарда.

Третья ступень ДА предоставляет больному значительную самостоятельность в быту, выполнение комплекса ЛФК №3 (по 6–8 повторов каждого упражнения; Приложение 14.3) во второй половине пребывания в реабилитационном стационаре. ЛФК проводится в И.п. сидя и стоя; в малых группах. Больному разрешаются дозированная ходьба и обычные прогулки на территории больницы, общение с посетителями, участие в «Школе для больных...» и другая не тяжёлая в физическом плане активность больного. Через 7–10 дней пребывания в реабилитационном стационаре и при удовлетворительном усвоении больным активности в пределах III ступени ДА его переводят на IV ступень.

4.2.3. Четвертая ступень двигательной активности II этапа

На IV ступени ДА выполняется нагрузочный комплекс ЛФК №4 групповым способом (И.п. сидя и ча-

стично стоя; Приложение 14.4). Больным разрешается выход на территорию больницы для прогулок и дозированной ходьбы. Во время прогулок темп ходьбы произвольный, небыстрый, с остановками. Выполняется тренировочная ходьба вне помещения больницы на расстояние 300–500 м с темпом ходьбы 70–80 шагов в 1 мин. Осуществляется обучение подъёму по лестнице на 1–2 лестничных пролёта под контролем методиста ЛФК. Повторяется подъём по лестнице через 5–10 мин (для восстановления ЧСС и АД, числа дыханий в 1 мин).

Кроме тренировочной ходьбы разрешается бытовая ходьба с темпом, меньшим, чем темп тренировочной ходьбы (60–70 шагов в 1 мин, – так называемый прогулочный шаг на расстояние до 1 км в 2–3 приема. При выполнении дозированной ходьбы через каждые 2–3 дня можно увеличивать проходимое расстояние на 150–200 м и довести темп ходьбы до 80–90 шагов в 1 мин без субъективных неприятных ощущений.

4.2.4. Пятая ступень двигательной активности

Пятая ступень ДА предусматривает свободные прогулки по 30–40 мин вне помещения больницы, подъём по лестнице на 1–2 этажа (под контролем методиста ЛФК), тренировочную ходьбу (дозированную) на расстояние до 1000 м в темпе 80 шагов в 1 мин с постепенным освоением тренировочной ходьбы в темпе до 100 шагов в 1 мин. Ежедневно выполняется комплекс ЛФК №5 (Приложение 14.5).

Далее больной выписывается и отправляется для продолжения кардиореабилитационных мероприятий на III этапе, т.е. в поликлинику ЦКР. Примерные схемы ФТ больных после КШ на III этапе кардиореабилитации представлены в Приложениях 14.6–8.

4.3. Третий – амбулаторный (поликлинический) – этап кардиореабилитации после коронарного шунтирования

Реабилитация и вторичная профилактика больных ИБС после КШ должны выполняться постоянно в течение жизни. Но наиболее актуальным считается 1-й год после операции.

Амбулаторный (поликлинический) этап кардиореабилитации условно предусматривает ранний и поздний подэтапы реабилитации.

4.3.1. Ранний подэтап амбулаторной кардиореабилитации

Ранний подэтап амбулаторной реабилитации после КШ проходит при активном участии и частом посещении больными реабилитационной поликлиники. **Главная задача раннего подэтапа амбулаторной реабилитации** – постепенное повышение уровня функциональных возможностей пациента, ФРС, выносливости, улучшение психологического статуса, модификация ФР и подготовка больного к возвращению к профессиональной деятельности. В программе необходимо включить консультирование по антиатеросклеротическому питанию, контролю липидного и углеводного профиля, массы тела, АД, психологического статуса, продолжение борьбы с курением. Для эффективной работы на амбулаторном этапе необходим амбулаторный координатор (опытная медицинская сестра, работающая с пациентами кардиохирургического профиля). Помимо врача-кардиолога, физиотерапевта в этой фазе важна роль социального работника, возможно, домашней медицинской сестры.

Выполнение программ раннего подэтапа амбулаторной кардиореабилитации является ключевым фактором в ведении больного после КШ. За этот период больной завершает процесс восстановления физиологического и психологического здоровья.

Ранний подэтап амбулаторной реабилитации совпадает по времени с наличием у работающих больных больничного листка, который позволяет им посещать реабилитационную поликлинику многократно вплоть до 5 раз в неделю. За этот период времени больной должен завершить цикл контролируемых ФТ, состоящий из 36 тренировочных занятий. Практически тренировки осуществляются 3 раза в неделю, иногда, как показывает практика, больные не успевают выполнить плановое число тренировок в срок, и они занимают и 4-й месяц.

Необходимость частых посещений реабилитационной поликлиники в ранний подэтап кардиореабилитации также обусловлена участием больных в программе обучения в «Школе для больных...». Кроме того, требуется время для более тщательного обследования больного в начале поликлинического этапа. Результаты исследования этого периода станут исходными в долгосрочном пребывании больного под контролем ЦКР.

Обследование больных предусматривает общий анализ крови и мочи, анализ липидных, углеводных и других параметров крови, включая исследование С-реактивного белка (СРБ) сверхчувствительным методом и других провоспалительных и коагулологических проб крови.

4.3.2. Поздний подэтап амбулаторной кардиореабилитации

Поздний подэтап амбулаторной реабилитации после КШ продолжается до конца 1-го года после КШ. Он начинается после завершения программ раннего подэтапа амбулаторной реабилитации, но не позднее конца 4-го месяца после операции КШ. Его задачей являются сохранение пациентом достигнутого на предыдущем раннем амбулаторном подэтапе уровня физического состояния и постепенное повышение его функциональных возможностей, формирование нового образа жизни, который позволит вернуться к активной и полноценной жизни.

Больной остается под наблюдением ЦКР, но посещает поликлинику в плановом порядке 1 раз в 3 мес для контрольной проверки и коррекции врачебных рекомендаций:

- программа медикаментозной терапии с целью вторичной профилактики и поддержания целевых значений основных клинических и биохимических показателей;
- программа физической реабилитации под самоконтролем;
- правильность соблюдения антиатеросклеротической диеты;
- контроль состояния психосоциальной сферы, включая трудоспособность больного.

При необходимости больному дается право посещать реабилитационную поликлинику сверх плановых визитов.

При отсутствии противопоказаний пациенту проводится нагрузочное тестирование (ВЭМ-проба, ТредмилЭМ-проба, тест с 6-минутной ходьбой), результаты которого позволяют разработать индивидуальную программу физической реабилитации для последующего выбора адекватного тренирующего режима реабилитации. Методика оценки функционального со-

Таблица 6. Функциональный класс при применении разных методик исследования

ФК	Тест 6-минутной ходьбы, м	ВЭМ-проба, Вт	Тредмил-проба, МЕ	МПК, мл/кг в минуту
I	426–550	Более 125	Более 7	18,1–22,0
II	301–425	75–100	5	14,1–18,0
III	151–300	50	2–3	10,1–14,0
IV	Менее 150	Менее 25	1,6	Менее 10,0

стояния больных зависит от течения послеоперационного периода, дооперационного функционального состояния, ряда клинических показателей.

4.3.3. Функциональные пробы

Используемые в физической реабилитации методы должны соответствовать ФК больного, определяемому по результату ВЭМ, ТредмилЭМ-пробы или теста 6-минутной ходьбы (табл. 6).

При планировании теста с нагрузкой в целях назначения ФТ следует учитывать их безопасность, т.е. стабильность клинических, гемодинамических и ритмических параметров, порог ишемии и стенокардии (в случае неполной реваскуляризации), степень поражения левого желудочка (ЛЖ); сопутствующие факторы: склонность к малоподвижному образу жизни, проблемы с опорно-двигательным аппаратом, заживление операционной раны; потребности, связанные с профессиональной деятельностью и досугом [12, 48].

Абсолютные противопоказания к нагрузочному тесту – ВЭМ и Тредмил-пробе [48]:

1. ОИМ.
2. Нестабильная стенокардия
3. Неконтролируемая сердечная аритмия, сопровождающаяся симптомами или гемодинамическими нарушениями.
4. Аортальный стеноз с выраженной симптоматикой.
5. Неконтролируемая СН III и IV ФК по NYHA.
6. Острая легочная эмболия или инфаркт легких с выраженной легочной недостаточностью.
7. Острый миокардит или перикардит.
8. Острый разрыв (диссекция) аорты.

Относительные противопоказания к нагрузочному тесту ВЭМ и ТредмилЭМ-пробе:

1. Аневризма сердца или сосудов.
2. Выраженная АГ (САД > 220 мм рт. ст. или ДАД > 130 мм рт. ст.).
3. Тахикардия неясного генеза (частота пульса более 100 в минуту).
4. Блокада ножек пучка Гиса (в связи с невозможностью оценивать изменения конечной части желудочкового комплекса при ФН).
5. Наличие указаний в анамнезе на серьезные нарушения ритма сердца или обморочные состояния.
6. Умеренно выраженный порок сердца (аортальный стеноз).
7. Гипертрофическая кардиомиопатия и другие формы с обструкцией выносящего тракта ЛЖ.
8. Инсульт в анамнезе.

Не рекомендуется проводить нагрузочную пробу при наличии лихорадочных состояний.

Критерии прекращения нагрузочных проб:

1. Достижение 75% возрастной ЧСС.
2. Развитие типичного приступа стенокардии.
3. Появление угрожающих нарушений ритма сердца (частая, политопная или залповая желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, пароксизмальная тахикардия или пароксизмальная ФП/трепетание предсердий).

Таблица 7. Оригинальная (Borg RPE) и модифицированная (Borg CR10) шкалы Борга, шкала оценки одышки и способности пациента к разговору во время нагрузки и ФА

Баллы по шкалам Борга		Интенсивность нагрузки	Шкала оценки одышки	Способность пациента вести разговор при ФА
Borg RPE	Borg CR10			
6	0	Очень, очень легкая	Очень, очень незначительная	Нормально
7				
8	1	Очень легкая		
9			Очень незначительная	
10	2	Легкая		
11				Легко
12	3	Умеренная		
13			Умеренная	Затруднение
14	4	Умеренно тяжелая		
15	5	Тяжелая	Умеренно сильная	Трудный
16	6			Трудный – очень трудный
17	7	Очень тяжелая	Очень сильная	Очень трудный
18	8			Предельно трудный
19	9	Очень, очень тяжелая	Очень, очень сильная	Нет
20	10	Предельно тяжелая	Предельно сильная	Невозможен

- Появление нарушений проводимости сердца (блокада ножек пучка Гиса, атриовентрикулярная блокада).
- Ишемическое смещение сегмента ST вверх или вниз от изоэлектрической линии на 1 мм и более.
- Повышение САД более чем на 220 мм рт. ст., ДАД – более 110 мм рт. ст., снижение САД на 20 мм рт. ст.
- Появление неврологической симптоматики (головокружение, нарушение координации движений, головная боль).
- Возникновение перемежающейся хромоты.
- Появление выраженной одышки (число дыханий более 30 в минуту).
- Развитие резкого утомления больного, его отказ от дальнейшего выполнения пробы.

Нагрузочные тесты (ВЭМ, ТредмилЭМ) после КШ с учетом отсутствия противопоказаний у больного можно выполнять по крайней мере не ранее 10-го дня после операции.

Для субъективной оценки восприятия человеком интенсивности выполняемой ФН, а также с целью формирования у пациента правильной самооценки интенсивности ФТ и ФА может быть использована шкала Борга – Borg RPE (Ratings of Perceived Exertion), где общее напряжение, мышечная усталость, боль, состояние дыхания во время разговора при ФН оцениваются в баллах – от 6 до 20 (табл. 7). Модифицированная (упрощенная) шкала Борга (Borg CR10 – Category Ratio scale) также оценивает переносимость выполняемой нагрузки, но по 10-балльной системе (табл. 8). ФН или ФА категории «умеренно тяжелая и тяжелая» соответствует 13–16 баллам по шкале Borg RPE и связана с 70–90% от пика ЧСС и 60–80% – от МПК (табл. 9). Это приблизительно соотносимо с 3–6 баллами по шкале Borg CR10 (см. табл. 7).

Прогностическое значение имеет уровень переносимой ФН, соответствующий 11–14 баллам (от легкой до умеренной степени интенсивности).

4.3.4. Программы физических тренировок в реабилитации больных после коронарного шунтирования

На амбулаторном этапе реабилитации после КШ необходимо в первые 3 мес выполнять контролируемые тренировки в поликлинике ЦКР под наблюдением

врача (Приложение 14.6–8). Затем целесообразно перейти на домашние тренировки, параметры которых будут назначаться индивидуально и регулярно контролироваться врачом при плановых посещениях больного ЦКР.

Общим правилом для всех видов тренировок является использование умеренных или низких нагрузок под контролем ЧСС с достижением так называемого тренирующего пульса.

Тренирующий пульс рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Пульс тренирующий} = \text{пульс покоя} + (\text{пульс максимальный} - \text{пульс покоя}) \times 0,6,$$

где максимальный пульс – это пульс при максимальной (пороговой) нагрузке, достигнутой при проведении нагрузочных тестов – ВЭМ-проба или ТредмилЭМ, 0,6–60% от пороговой нагрузки.

Подъем тяжести для пациентов после КШ с учетом стернотомии нежелателен в течение первых 18 нед, груз не должен превышать 5 кг и должен быть распределен симметрично на обе руки.

Допустимые виды и объемы ФА определяются в зависимости от наличия стенокардии, СН, нарушений ритма и др. В табл. 8 представлены ориентировочные уровни бытовых нагрузок у больных ИБС различных ФК.

В рекомендациях ESC по профилактике ССЗ в клинической практике (2016 г.) подчеркивается, что регулярная ФА уменьшает риск смертельных и несмертельных коронарных событий у лиц с ССЗ, в том числе пациентов, перенесших КШ (табл. 9) [49].

То, что увеличение уровня повседневной ФА коррелирует со снижением распространенности ИБС, кардиальной и общей смертности, было подтверждено результатами ряда длительных обсервационных (наблюдательных) исследований. При средней ФА (1000 ккал/нед., что ≈ 300 мин/нед.) относительное снижение смертности достигало 30–40%. Среди различных показателей нагрузочного теста высокая ФРС является наиболее строгим предиктором снижения частоты будущих кардиальных событий. Низкая ФА была независимым предиктором смертности у мужчин (относительный риск – ОР 1,52; 95% доверительный интервал – ДИ 1,28–1,82) и у женщин (ОР 2,10; 95% ДИ 1,36–3,21), что сопоставимо с влиянием на прогноз жизни курения или АГ [50]. Увеличение

Таблица 8. Допустимые виды бытовой активности в зависимости от ФК больных ИБС (Д.М.Аронов, 2002)

Виды активности	Функциональный класс			
	I	II	III	IV
Бег	++	+	-	-
Ходьба:				
• быстрая (130 шагов в минуту)	+++	++	-	-
• средняя (100–120 шагов в минуту)	+++	+++	++	-
• медленная (<80–90 шагов в минуту)	+++	+++	+++	+
Подъем по лестнице (число этажей)	5 и более	До 5	2–3	-
Ношение тяжестей, кг	15–16	8–10	3	-
Половая активность	+++	++	+	-

Таблица 9. Рекомендации по ФА

Рекомендации	Доказательность	
	класс	уровень
Пациенты, перенесшие ИМ, АКШ, ЧКВ со стабильной стенокардией или ХСН, должны выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин 3 раза и более в неделю	I	A
Лица, ведущие сидячий образ жизни, должны начинать с программ физических упражнений легкой интенсивности после адекватной оценки возможного риска	I	A

физической тренированности на каждую 1 МЕ повышалось выживаемость на 10–25%.

Положительное влияние систематических ФТ на клиническое течение болезни объясняют их доказанными многочисленными позитивными эффектами:

- антиишемические: снижение потребности миокарда в кислороде, увеличение коронарного кровотока, уменьшение эндотелиальной дисфункции, развитие коллатералей;
- антиатеросклеротические: умеренное снижение в покое и при ФН уровней ТГ, ХС ЛНП и существенное повышение ХС ЛВП, уменьшение АД в состоянии покоя и при ФН, степени ожирения, выраженности асептического воспаления, повышение чувствительности периферических тканей к инсулину и снижение риска развития СД;
- антитромботические: снижение адгезии и агрегации тромбоцитов, концентрации фибриногена и вязкости крови, усиление фибринолиза;
- антиаритмические: повышение ВСР;
- психические: снижение уровня тревоги и депрессии, повышение устойчивости к стрессу, социальной интеграции.

В настоящее время для продолжительных ФТ больных после КШ применяются:

- комплексы ЛФК, включающие тренировку дыхательной мускулатуры;
- тренировки с динамическими нагрузками умеренной или низкой интенсивности (тренировки на велотренажере, беговой дорожке и ступеньках, дозированная ходьба);
- интервальные тренировки различных видов; они безопасны, как и традиционные ФТ с постоянным уровнем нагрузки, и не уступают им в способности улучшать функциональное состояние больных, а при долгосрочном наблюдении даже более эффективны в повышении МПК [30, 51];
- крайне осторожно пытаются использовать статические нагрузки в основном резистивного характера (ФТ с использованием динамических – аэробных – тренирующих нагрузок в сочетании со статическими). Медицинским учреждениям, не имеющим опытных, высокопрофессиональных специалистов, не рекомендуется применять подобные нагрузки в виду их потенциальной опасности.

Наибольшая часть последовательных работ по ФТ больных с заболеваниями ССС приходится на долю динамических (аэробных) ФТ. В настоящее время почти все национальные и международные рекомендации сходятся во мнении о большей эффективности и безопасности динамических нагрузок умеренной интенсивности в пределах 50–60% от максимальной индивидуально переносимой ФН. Подобные ФТ с умеренной интенсивностью нагрузки в нашей стране применяются с 1983 г.

В России имеется достаточно серьезный научный опыт по изучению эффективности и безопасности таких тренировок. В частности, выполнено кооперативное рандомизированное исследование в 20 городах России [52]. По его результатам установлены полная безопасность, простота и доступность метода. Показана достоверная разница в выживаемости больных, использовавших данную программу тренировок, по сравнению с аналогичными больными контрольной группы. В одном из фрагментов работы принимали участие и больные ИБС, перенесшие КШ, с таким же благоприятным результатом, как у больных после ОИМ [15].

4.3.4.1. Роль лечебной гимнастики

Она применяется с целью борьбы с легочными осложнениями, нарушением осанки, развитием спаек, дегенерацией спаек. Но главной целью является постепенная адаптация сердца к повышенным нагрузкам.

Гимнастика проводится групповым методом, 1 раз в день, продолжительность 15–20 мин. Лечебная гимнастика включает в себя упражнения на дыхание, разработку мышц, корригирующие упражнения, упражнения на координацию и расслабление в сочетании с упражнениями с гимнастическими снарядами (гимнастические палки, мячи).

Комплекс ЛФК строится в зависимости от сроков после операции (см. табл. 6; Приложение 14.1–14.8). Перед началом занятия ЛФК проводится подсчет пульса больного.

Занятие лечебной гимнастикой состоит:

- из вводной части 5–7 мин, в И.п. сидя на стуле;
- основной части 10–15 мин, в И.п. сидя на стуле и стоя около стула;
- заключительной части 3–5 мин сидя.

4.3.4.2. Тренировка на велотренажере

ФТ на велотренажерах повышают ФРС за счет увеличения коронарного резерва, положительно влияют на обменные процессы в миокарде, снижая его потребность в кислороде, усиливают функцию антисвертывающей системы крови и повышают фибринолитическую активность, что играет определенную роль в профилактике тромбоза.

На поликлиническом этапе реабилитации достаточно 36 тренировок, чтобы повысить уровень переносимости нагрузки, получить тренирующий эффект и убедиться в безопасности выполнения ФТ.

4.3.4.3. Дозированная ходьба

Большое значение, особенно на стационарном этапе реабилитации, придается использованию такого естественного движения, как ходьба. Она является первоочередным методом аэробной ФА пациента. Ко времени выписки из хирургического отделения больной проходит по коридору 200–400 м в течение 10 мин со скоростью 70–80 шагов в минуту, или 2–3 км/ч.

После проведения ВЭМ-пробы/ТредмилЭМ-пробы, когда определена ФРС, выявлена тренирующая нагрузка, увеличиваются расстояние и скорость ходьбы. Ко времени выписки из реабилитационного стационара больной обычно ходит 25–30 мин со скоростью 90–100 шагов в минуту (от 3–6 км).

Необходимый темп дозированной ходьбы (ТХ) для каждого больного можно рассчитать по формуле Д.М.Аронова:

$$ТХ = 0,042 М + 0,15 ЧСС + 65,5,$$

где **ТХ** – искомый темп ходьбы (шагов в 1 мин), **М** – **максимальная нагрузка** при ВЭМ-пробе в кгм/мин (нагрузку в Вт умножаем на 6), **ЧСС** – **ЧСС на максимальной нагрузке** при ВЭМ-пробе.

При дозированной ходьбе необходимо соблюдать следующие правила:

- Ходить нужно в любую погоду, при температуре воздуха не ниже -20 или -15°C при ветре.
- Лучшее время ходьбы – с 11 до 13 и с 17 до 19 ч.
- Одежда и обувь должны быть свободной, удобной, легкой.
- Во время ходьбы запрещается разговаривать и курить.
- Строго соблюдать методику дозированной ходьбы. Методика дозированной ходьбы:
- Перед ходьбой необходимо отдохнуть 5–7 мин, подсчитать пульс.
- При ходьбе обращать внимание на осанку.
- Темп ходьбы может быть: медленный 60–70 шагов в минуту (скорость 3–3,5 км/ч – 1 км за 20 мин), средний – 70–80 шагов в минуту (скорость 3,5–4 км/ч – 1 км – 15 мин), быстрый – 80–90 шагов в минуту (скорость 4,5–5 км/ч – 1 км – 12 мин), очень быстрый – 100–110 шагов в минуту (скорость – 5–6 км/ч; 1 км – 10 мин).

Необходимо помнить, что при ухудшении состояния (возникновение болей в области сердца, перебоев, выраженного сердцебиения) ходьбу следует прекратить, принять нитроглицерин под язык и обратиться к врачу; максимальная частота пульса не должна превышать заданного тренирующего пульса. При дозированной ходьбе необходимо вести дневник самоконтроля, в который следует записывать пульс в покое и после нагрузки, а также комментарии по самочувствию.

4.3.4.4. Статические нагрузки

Статическая работа без укорочения мышечного волокна (сжимание, удержание тяжести, попытка сдвинуть с места тяжелый предмет, поддержание тела в разных позах, особенно в напряженных) представляет собой изометрическое напряжение мышц. При этом мышечная работа не производится, однако происходит затрата энергии и оказывается выраженное воздействие на ССС.

Давно установлено, что изометрическое напряжение ведет к неадекватному увеличению уровня АД (особенно ДАД), учащению пульса, увеличению двойного произведения (АД ЧСС), отражающему потребление кислорода миокардом. Продолжительные или многократно повторяющиеся изометрические нагрузки больших мышечных групп вызывают проатерогенные изменения со стороны липидов крови и усиливают постпрандиальную атерогенную дислипидемию, выражающуюся в росте гипертриглицеридемии и гипоальфахолестеринемии, а также в увеличении концентрации ХС ЛНП [54–56].

Состояние после стернотомии несет потенциальный риск диастаза грудины при неадекватных ФН, в том числе при статических. Поэтому среди экспертов преобладает настороженное отношение к статическим и даже к статико-динамическим нагрузкам после КШ. Это выражается как в рекомендациях по ограничению поднятия тяжестей, «растягивания» грудной клетки и грудины, так и в том, что проведение резистивных тренировок 2 раза в неделю имеет **доказанность: класс IIb и уровень C**, т.е. как сомнительное и возможно опасное утверждение [12].

С другой стороны, излишнее ограничение статических усилий ухудшает качество жизни пациентов. Поэтому более целесообразным выглядит проведение упражнений с изометрическим компонентом в разные сроки для различных мышечных групп [57]. Так, если разведение рук с гантелями в стороны больным разрешается не ранее 6 нед после КШ, то изолированные упражнения, направленные на укрепление бицепса и трицепса, вполне допустимы в более ранние сроки.

Пациентам после КШ важно оставаться активными для предотвращения физиологической атрофии и ухудшения функционального состояния. Показано, что у больных после КШ, выполнявших низкоинтенсивные статико-динамические силовые тренировки, по сравнению с больными, участвующими в групповых аэробных тренировках, отмечалось повышение силы четырехглавой мышцы бедра (48,2% против 8,2%) и МПК ($p < 0,001$) [58]. Включение изометрических нагрузок в программу ФР у больных старше 75 лет через 2 нед после КШ позволяет увеличить дистанцию 6-минутной ходьбы и силу мышц по сравнению с контрольной группой [59].

В ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ изучалось влияние динамических и статических нагрузок (от максимальных до субмаксимальных, равных 60% от максимальной) [55]. При применении 100, 80, 70% нагрузок показатели липидного спектра крови приобретали проатерогенный характер при обоих видах нагрузок (снижение уровня ХС ЛВП, возрастание уровня ХС ЛНП и ТГ); 60% динамическая ФН вызывала выраженный антиатерогенный эффект и у практически здоровых людей, и у больных коронарным атеросклерозом. Этот феномен крайне важен при проведении кардиореабилитации. Он позволяет использовать умеренные динамические тренирующие нагрузки в программах ФТ, что и применяется в нашей стране.

Выяснилось, что статическая 60% нагрузка в отличие от такой же динамической вызывает проатерогенный эффект: достоверно возростала гипер- и дислипидемия, что требует предотвращения использования статических тренировок у больных ИБС.

4.3.4.5. Резистивные тренировки

Резистивные тренировки относятся к разряду статико-динамических нагрузок. Проще их назвать упражнениями на преодоление сопротивления или силовыми. При их выполнении мышцы напрягаются весьма значительно и продолжительно, но динамическая работа выполняется в течение очень короткого времени. Классический пример – подъем штанги. При резистивных нагрузках производится сопротивление тяжелым массам: для их поднятия, удержания, отталкивания.

Кроме физических неудобств (громоздкие тяжелые приспособления для поднятия, удержания, проталкивания тяжести) резистивные тренировки по своим эффектам оказывают меньшее действие на разные системы и организм в целом.

Резистивные нагрузки в сравнении с динамическими (аэробными) тренировками:

- слабее воздействуют на возрастание МПК (и так называемого двойного произведения, косвенно отражающего не только динамику МПК, но и обеспечение кислородом миокарда);
- слабее воздействуют на показатели ишемии миокарда – продолжительность выполнения нагрузки до развития критериев ее остановки при ВЭМ-пробе;
- совершенно нейтральны по отношению к ЧСС, показателям АД, ударному и сердечному выбросу;
- не снижают уровень ТГ крови.

В документе Американской ассоциации сердца 2001 г. (AHA Scientific Statements Exercise Standards for Testing and Training, Circulation, 2001) указывается, что «резистивные тренировки пользуются успехом и рекомендуются здоровым людям; их применение при ССЗ (АГ, ИБС, при наличии аритмий, выраженной ишемии миокарда) нежелательно; положительные эффекты таких тренировок на ССС больных ИБС (при отсутствии противопоказаний) выражены меньше, чем при тренировках с динамическими нагрузками» [60].

Резистивные тренировки, не имея никаких преимуществ перед аэробными (динамическими) тренировками, вместе с тем требуют большего внимания за больным, чем динамические: при них больше вероятность травм, и они чаще приводят к отстранению больных от занятий.

Одним из преимуществ резистивных тренировок перед аэробными является то, что при тяжелой ХСН, когда активность митохондрий значительно подавлена, локальные резистивные нагрузки могут в какой-то степени повлиять на кахексию мускулатуры, активизировать их митохондриальную функцию. При этом установлено, что резистивные и комбинированные (динамические + резистивные) тренировки обладают локальным эффектом, т.е. влияют только на тренируемую мышцу. Эффект тренировок не распространяется на остальные мышечные группы, не вовлеченные в тренировочный процесс. При наличии СД типа 2 вне зависимости от ИМТ указанные параметры эффективности резистивных или комбинированных тренировок улучшают усвоение мышцей глюкозы и повышают чувствительность к инсулину.

Резистивные нагрузки по сравнению с динамическими увеличивают тощую массу тела и локальную мышечную силу. Миокарда это не касается. Поэтому резистивные нагрузки очень востребованы в фитнес-центрах, где можно «накачать» мышцы. Если динамические нагрузки умеренной или низкой интенсивности широко доступны почти всем группам сердечно-сосудистых больных, статические нагрузки имеют многочисленные ограничения.

Абсолютными противопоказаниями к резистивным тренировкам являются следующие клинические состояния: нестабильная стенокардия, декомпенсация СН, неконтролируемая стенокардия, высокая легочная гипертензия (>55 мм рт. ст.), тяжелый стеноз аорты, острый миокардит, эндокардит и перикардит, неконтролируемая АГ (>180/110 мм рт. ст.), синдром Марфана, ретинопатия – средней тяжести и тяжелая.

Относительными противопоказаниями к резистивным ФТ являются: сочетание ФР, СД в любом возрасте, костно-мышечные ограничения, низкая ФРС (<4 МЕ), наличие имплантированного пейсмекера или дефибриллятора.

4.4. Инструкция по поводу стерильной раны

В связи с выполненной операцией КШ у больного могут возникать ограничения в течение первых 4–6 нед, которые касаются его бытовой активности:

- не водить машину до разрешения кардиохирурга;
- ездить на заднем сиденье;
- ограничить подъемы тяжестей руками, вставать с сиденья, опираясь на ноги – вставать «ногами»; не поднимать на руки детей и животных;
- не подвешивать грузы на ремне, расположенном на талии;
- обуваясь, необходимо держать ногу на плоскости выше или «пересекать» голеностопным суставом уровень противоположного бедра, а **не наклоняться всем корпусом тела вниз к ноге**;
- не открывать туго закрытые крышки, тяжелые створки окон или дверей;
- рекомендуется принимать душ, сидя боком, используя специальный стульчик, что позволит минимизировать воздействие на грудную клетку.
- при совершении каких-либо действий необходимо выполнять их двумя руками, а также исключать действия, которые требуют отведение рук за спину.

В последующие 8–12 нед больному следует ограничить следующие действия:

- не поднимать тяжести более 5 кг;
- быть осторожным при изменении положения тела, избегая подъема тяжести; пользоваться в этих случаях ногами;
- не вращать верхней частью тела, не протирать, не чистить поверхности;
- избегать подметания пола, плавания, езды на велосипеде;
- избегать занятия энергичными видами спорта/деятельности (гольф, теннис, плавание и т.д.) в течение 3 мес; прежде чем возобновить данные виды деятельности, необходима консультация лечащего врача;
- при ощущении щелчка, хлопка, треска, скрипа в грудине – немедленно обратиться к хирургу.

5. Образовательная программа для больных, перенесших коронарное шунтирование

Международные рекомендации дают высокую оценку значимости образовательной программы для

кардиологических больных. В Европейских рекомендациях по ведению больных ОИМ (2012 г.) указывается [61]:

- **Обучение, основанное на доказательной медицине, повышает приверженность пациента лечению (в частности, режиму приема лекарств, физическим тренировкам, отказу от курения).**
- **Обучение следует начать в ранней фазе лечения, продолжить в течение госпитализации, увеличивая его интенсивность перед выпиской, и затем во время амбулаторного наблюдения, в том числе в программах кардиореабилитации (доказанность: класс I, уровень C).**

Образовательная программа с пациентом рассматривается как продолжительный процесс и должна являться частью каждого контакта больного с врачом.

«Школы для больных ИБС, перенесших КШ, их родственников» должны организовываться на базе отделения реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена здравоохранения разного уровня – стационарах, кардиологических диспансерах, ЦКР, поликлиниках.

Обучение пациента начинается на стадии преадресации – в период его подготовки к операции (см. главу 3.2), продолжается после операции на всех 3 этапах кардиореабилитации, начиная с БРИТ и кардиохирургического отделения (I этап реабилитации) и заканчивая амбулаторным реабилитационным отделением ЦКР (III этап реабилитации).

За время пребывания больного в реабилитационном стационарном отделении ЦКР (II этап кардиореабилитации) проводится 7 образовательных занятий в рамках «Школы для больных ИБС, перенесших КШ, и их родственников». Занятия проводятся в отдельном помещении групповым способом (состав слушателей до 10–12 человек). Тематика занятий всей программы реабилитации (от обучения в предоперационном периоде до цикла занятий на поликлиническом этапе) в итоге достаточно обширна. На II этапе реабилитации делается акцент на вопросах, более актуальных в данный момент, когда физическое самочувствие больного в основном определяется ограничениями и неприятностями, связанными с недавней операцией и ее последствиями.

Если в медучреждении имеется подборка материалов об обучении больного новому стилю жизни после КШ, рекомендуется дать эти материалы больному.

Операция КШ в жизни любого человека – уникальное и крайне нежелательное событие. Поэтому у больных после операции очень много актуальных для них вопросов. С учетом этого факта занятия лучше построить по принципу собеседования с больными. Но лектору следует все же придерживаться тематики занятия.

Больной должен понять основное – он главное действующее лицо в восстановлении своего здоровья и сохранении его в течение долгих лет. Врачи и вся медицинская служба – его партнеры и помощники в достижении многолетнего здоровья.

Полное доверие больного к представителям медицины, которые курируют, и аккуратное, точное и последовательное выполнение всех предписаний врачей (т.е. очень хорошая приверженность исполнению врачебных рекомендаций) – одно из главных условий его выздоровления и долголетия. Врач и больной – взаимосвязаны. Больной может (и должен) по всем вопросам, которые не ясны ему, обра-

щаться к врачу, а не к кому-то другому. Его собственное лечение и решения по медицинским вопросам он должен обсуждать (и, соответственно, после этого действовать) только с лечащим врачом.

Примерная тематика занятий:

1. «Что такое операция КШ и что она дает больному ИБС?»
2. «Роль больного после перенесенной операции КШ».

Эти два занятия взаимосвязаны. Они дают больному возможность понять и оценить значение выполненной операции, перспективу восстановления здоровья и продления сроков жизни. Больной должен осознать, что его судьба после операции КШ стала более благополучной, что ему возвращено реальное здоровье.

После этих занятий больной охотно вернется к «началам». Он поймет свои ошибки, причины раннего начала атеросклероза и его быстрого прогрессирования до степени, требующей применения очень травмирующей операции, каковой является КШ. Конечно же, больной сильно озабочится тем, чтобы сохранить подаренное ему здоровье и избежать повторения прошлого. В этих условиях он будет высокомотивирован на модификацию ФР, достижение целевых значений различных показателей организма, т.е. на комплексную вторичную профилактику. Поэтому **последующие два занятия надо посвятить атеросклерозу, ФР:**

3. «Как развивается атеросклероз, роль факторов риска в его развитии?»
4. «Что такое ИБС и ее преждевременные осложнения и исходы?»

После этих двух занятий наступает момент, когда больной должен действовать во благо своего здоровья. Наиболее эффективный путь предупреждения ИБС и ее осложнений – профилактика.

Поэтому следующие занятия необходимо посвятить модификации ФР:

5. «Значение ФР в развитии атеросклероза и ИБС».
6. «Как избавиться от некоторых ФР».
7. «Антиатеросклеротическая диета и ее влияние на атерогенез. Медикаментозное и немедикаментозное лечение атеросклероза (статины, программа умеренных ФТ)».

Перечисленные занятия в реабилитационном стационаре останутся в памяти больного.

Кстати, задача врача реабилитационного стационара – сообщить пациенту, что он будет переведен под наблюдение ЦКР, где его ожидает участие в разнообразных программах кардиореабилитации, в том числе цикл занятий по «Школе для больных...» и программа ФТ.

Больного надо информировать об этих возможностях и тем самым поднять еще выше его мотивацию к сотрудничеству с врачами. Можно надеяться, что он с большим желанием и интересом будет участвовать в большой образовательной программе в рамках «Школы для больных...».

Заканчивает образовательную программу день накануне выписки больного из стационара. Перед уходом пациента предстоит серьезная работа по обеспечению его знаниями о дальнейшем лечении, соблюдении немедикаментозных рекомендаций, достижении высокого комплаенса по выполнению всех медицинских рекомендаций.

Завершить беседу с больным можно афоризмом: «Ни один даже самый эффективный метод терапии не принесет достаточную пользу, если больной не

добьется высокой приверженности врачебным рекомендациям».

Далее больной попадет под активное наблюдение поликлиники ЦКР (III этап реабилитации), где образовательная программа более обширна и более углубленная.

5.1. Задачи образовательной «Школы для больных...»

«Школа для больных ИБС, перенесших КШ, и их родственников» – это совокупность средств и методов индивидуального и/или группового воздействия на пациентов с целью повышения уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению, профилактике осложнений и повышению качества жизни. Организация «Школы для больных...» увеличивает охват пациентов, обеспечивает доступность и повышает качество кардиореабилитационной помощи после КШ.

Занятия в «Школе для больных...» проводят врачи-кардиологи, кардиологи-реабилитологи, врачи общей (семейной) практики. При необходимости могут привлекаться врачи других специальностей с учетом тематики занятий (психологи, диетологи и др.). К организации и проведению занятий в «Школе для больных...» активно привлекается средний медицинский персонал (медицинские сестры, фельдшера), что важно для жителей сельской местности.

Задачами «Школы для больных...» являются:

- повышение информированности пациентов о заболевании и его ФР с целью формирования у них адекватных представлений о причинах заболевания и понимания факторов, влияющих на прогноз;
- повышение приверженности больных выполнению рекомендаций врача и реабилитационных мероприятий;
- обучение больных (и их близких) навыкам самоконтроля состояния и оказания первой доврачебной помощи;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья и формирование у него высокой мотивации к участию в программах реабилитации;
- формирование у пациента умений по преодолению негативных для здоровья стереотипов поведения.

Обучение в «Школе для больных...» не только дает больным необходимые знания и практические навыки, но и обеспечивает им необходимую социальную поддержку, как со стороны медицинских работников, так и со стороны других пациентов. Все это способствует улучшению качества жизни, сохранению и восстановлению трудоспособности.

5.2. Методы работы в «Школе для больных...»

В рамках «Школы для больных...» проводится индивидуальное собеседование (преимущественно на I этапе реабилитации) и формируются группы пациентов (II, III этапы реабилитации). Медицинским работникам для более успешного проведения занятий рекомендуется составить предварительно конспект бесед с больными и разработать план каждого занятия в рамках «Школы для больных...». В ходе занятий должны использоваться интерактивные формы обучения (вопросы-ответы, краткие тесты, обмен опытом, занятия по практическим навыкам и др.). Возможны создание постоянно действующей информационно-образовательной системы в онлайн-режиме, а также дистанционные консультации с использованием интернет-технологий. В рамках «Школы для

больных...» пациентам предоставляется наглядный информационно-образовательный материал в виде памяток или буклетов, что способствует повышению приверженности и выполнению назначений.

Среди рекомендуемых тем занятий «Школы для больных...» можно выделить следующие:

- Атеросклероз – основная причина развития ИБС и ее осложнений.
- Факторы риска, способствующие развитию и прогрессированию ССЗ.
- Клинические симптомы атеросклеротических заболеваний и методы их коррекции.
- Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при сердечном приступе.
- Принципы кардиореабилитации в стационаре и на амбулаторном этапе.
- Питание после КШ.
- Курение и его негативное влияние на прогноз жизни и развитие осложнений.
- Значение ФТ и оптимальной ДА в реабилитации после КШ.
- Преодоление негативных эмоций и стресса.
- Как добиться высокой приверженности врачебным рекомендациям для достижения максимальной эффективности лечения и реабилитации.

Больные, прошедшие обучение в «Школе для больных...», должны находиться на постоянном контроле врача. При этом очень важны преемственность и согласованность в действиях и советах врачей, участвующих в реабилитации больного после КШ.

6. Медикаментозная терапия при коронарном шунтировании: пред-, послеоперационная и во вторичной профилактике

Оптимальная лекарственная терапия играет большую роль в периоперационном ведении больных ИБС, которым предстоит операция КШ, а также на раннем послеоперационном этапе реабилитации больного после хирургического вмешательства. В реабилитационном стационаре (II этап реабилитации) медикаментозная терапия, разработанная в кардиохирургическом стационаре, продолжается. При необходимости она дополняется или изменяется в зависимости от переносимости препаратов и клинического состояния больного.

На III амбулаторном этапе кардиореабилитации в ЦКР больные вовлекаются в программы вторичной профилактики, продолжая принимать «стратегически важные» для предотвращения ССО лекарственные средства.

Вторичная профилактика чрезвычайно важна для пациента, подвергшегося КШ. Прогрессирование атеросклероза в нативных коронарных артериях продолжается и после КШ, и сохраняется вероятность развития острых сосудистых событий. Этот процесс необходимо регулировать, используя современные медикаментозные и немедикаментозные подходы.

Обращают особое внимание на **анти тромботическую терапию** (для предупреждения атеротромбоза), **гиполипидемическую терапию** (для предотвращения прогрессирования атеросклероза и его появления в шунтах и нативных сосудах) и **терапию, предупреждающую наиболее серьезные осложнения** самой операции (внутриоперационные повреждения миокарда, развитие ФП) и ИБС. К таким препаратам относятся антиагреганты, статины, БАБ, ИАПФ/БРА.

6.1. Антиагрегационная терапия

Основные положения по применению антитромбоцитарных препаратов у пациентов в разные периоды КШ (до, в момент и вскоре после операции, в отдаленные сроки в рамках комплексной вторичной профилактики) изложены в разных рекомендациях: Рекомендации по КШ обществ ACCF/ANA, 2011 [14]; Рекомендации по коронарной реваскуляризации обществ ESC/EACTS 2010, 2014 [12, 13]; Консенсус по управлению антиагрегантной терапией у пациентов, подвергнутых КШ, рабочей группы ESC по сердечно-сосудистой хирургии и рабочей группы ESC по тромбозу, 2014 [62]; Сопоставленная позиция по вторичной профилактике после КШ экспертов ANA, 2015 [63]; Рекомендации по длительности двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов КБС обществ ACC/ANA, 2016 [64].

6.1.1. Предоперационная антиагрегационная терапия

Профилактика тромботических осложнений в предоперационный период – важная клиническая проблема. Известно, что провоспалительное, гиперкоагуляционное и гипоксическое состояния, в которых чаще всего пребывают пациенты, ожидающие КШ, ассоциируются с нестабильностью бляшки и высоким риском развития тромбозов [65]. Данный факт является предпосылкой для продолжения в предоперационном периоде антитромбоцитарной терапии. Обратная сторона этой проблемы – более высокий риск развития у таких пациентов геморрагических осложнений, что требует взвешенного и обоснованного подхода к периоперационной антитромбоцитарной терапии [66, 67].

Вопрос о целесообразности прекращения приема антиагрегантов в предоперационном периоде пациентами с плановыми хирургическими вмешательствами на коронарных артериях до сих пор дискутируется.

Подтверждено, что применение ацетилсалициловой кислоты (АСК) в пределах 5–7 дней до выполнения КШ снижает операционную и 30-дневную смертность, включая церебральные события, поздний ИМ и повторную реваскуляризацию без достоверного увеличения кровотечения и потребности в трансфузии [68–70].

В определенных клинических ситуациях пациентам, получающим АСК с целью профилактики атеротромботических событий, возможно проведение АКШ без отмены АСК (в условиях не только экстренной операции, но и плановой). Эта позиция приводится в Рекомендациях по длительности двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов КБС обществ ACC/ANA 2016 г. со ссылкой на завершившееся исследование ATACAS [64].

В исследовании ATACAS у больных (n=2100), планируемых на операцию КШ (on-pump или off-pump), изучалось влияние предоперационной терапии АСК (обязательный прием 100 мг в течение 1–2 ч до операции) и ее отмены (отсутствие регулярного приема до операции или прекращение приема по крайней мере за 4 дня) на 30-дневный постоперационный риск развития первичной комбинированной точки – смерти и тромботических осложнений (нефатальный ИМ, инсульт, тромбоэмболия легочной артерии, почечная недостаточность или инфаркт кишечника) [71]. При этом АСК назначалась всем пациентам в постоперационном периоде (в среднем в пределах 18,5 ч после операции). К 30-му дню после КШ встречаемость первичной комбинированной точки была у

202 (19,3%) пациентов на предоперационной терапии АСК и у 215 (20,4%) – без предоперационного приема АСК (ОР 0,94; 95% ДИ 0,80–1,12; $p=0,55$), «больших» кровотечений у 1,8 и 2,1% пациентов соответственно ($p=0,75$) и перикардиальной тампонады у 1,1 и 0,4% соответственно ($I=0,08$). Потребность в гемотрансфузии в течение первых 24 ч после операции была у 43,9% пациентов на предоперационном приеме АСК и у 42,6% – при его отсутствии (ОР 1,03; 95% ДИ 0,93–1,14; $p=0,57$).

Прекращение приема АСК за 3 дня до операции КШ может рассматриваться у пациентов с очень высоким риском кровотечения или у пациентов, требующих гемотрансфузии.

АСК перед операцией КШ: рекомендации **Класс I**

1. АСК в дозе 81–325 мг должна быть назначена больным в предоперационном периоде (**уровень доказательности A**) [63].
2. Низкая доза АСК (75–160 мг/сут) должна продолжаться применяться у пациентов, кому планируется КШ (уровень доказательности C) [62].
3. У пациентов с повышенным риском кровотечений и требующих гемотрансфузии прекращение приема АСК за 3–5 дней до операции КШ основывается на индивидуальном риске ишемических и геморрагических осложнений (уровень доказательности C) [62].

Часть пациентов, направляемых на КШ, получают двойную антиагрегационную терапию (АСК в сочетании с тиаенопиридинами – клопидогрелом, прасутгрелом или производными пиримидинов – тикагреломом), что может увеличивать риск кровотечений и необходимость трансфузий после проведения КШ [72, 73]. Риск «больших» кровотечений (перикардиальная тампонада или повторная операция) при КШ увеличивается при отмене клопидогрела за 24 ч до вмешательства, но отсутствует при прекращении его приема за 5 дней и более. Около 2/3 пациентам, принимающим клопидогрел, КШ проводится в срок менее 5 дней после его отмены. Данное решение должно быть подкреплено «запасами крови» в периоперационном периоде.

Мало данных о выполнении КШ у пациентов, принимавших прасутгрел. В исследовании TRITON-TIMI 38 (Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition With Prasugrel Thrombolysis in Myocardial Infarction 38) риск «больших» кровотечений при операции КШ в когорте больных ОКС был в 4,7 раза выше у пациентов на терапии прасутгрелом, чем на терапии клопидогрелом (13,4% против 3,2%; $p<0,001$) [74]. Поэтому если возможно, то КШ следует выполнять через 7 дней и более после прекращения приема прасутгрела.

В исследовании PLATO (Platelet Inhibition and Patient Outcomes) у пациентов с ОКС, подвергнутых КШ в пределах 7 дней после отмены тикагрелора (n=632) или клопидогрела (n=629), оказались сопоставимыми: частота «больших» кровотечений, связанных с КШ (59,3 и 57,6% соответственно), и потребности в переливании крови (16,2 и 17,9% соответственно) [75]. При этом прием тикагрелора пациентами с ОКС после КШ в сравнении с клопидогрелом в большей степени снижал частоту сердечно-сосудистой смертности (4,1% против 7,9% соответственно; ОР 48%, $p<0,01$) и смертность по любой причине (4,7% против 9,7%; ОР 51%, $p<0,01$). Анализ связи смертности после КШ со временем последнего приема исследуемого препарата перед операцией показал, что при

Таблица 10. Возможная стратегия отмены приема двойной антиагрегационной терапии перед КШ (Консенсус рабочих групп ESC по управлению антитромбоцитарной терапией при КШ, 2014) [62]

Тромботический риск	Риск кровотечений	
	Высокий*	Низкий
Высокий**: ОКС или недавнее ЧКВ (стентирование)	- Раннее консультирование «кардиокомандой» Тикагрелор/клопидогрел: прекращение приема за 5 дней до операции и «переходная» терапия в течение 4 дней Прасугрел: прекращение приема за 7 дней до операции и «переходная» терапия в течение 5 дней	- Раннее консультирование «кардиокомандой» - Тикагрелор/клопидогрел: прекращение приема за 3 дня и «переходная» терапия в течение 2 дней Прасугрел: прекращение приема за 5 дней и «переходная» терапия в течение 3 дней
Низкий	- Раннее консультирование «кардиокомандой» Клопидогрел/тикагрелор: прекращение приема за 5 дней до операции Прасугрел: прекращения приема за 7 дней до КШ	Клопидогрел/тикагрелор: прекращение приема за 5 дней до КШ или меньше согласно тесту, оценивающему функцию тромбоцитов Прасугрел: прекращение приема за 7 дней до операции или меньше согласно тесту, оценивающему функцию тромбоцитов

*Факторы высокого риска кровотечений: почечная и печеночная недостаточность, анемия, пожилой возраст, низкая масса тела, СН, объем операции.

**Факторы высокого риска тромбоза: нестабильность гемодинамических показателей, наличие ишемии, комплекс анатомических изменений (поражение ствола левой коронарной артерии или выраженное многососудистое поражение проксимальных отделов), стентирование менее 1 мес для голометаллического стента и менее 6 мес – для стента с лекарственным покрытием.

прекращении приема обоих ингибиторов рецепторов P2Y₁₂ за 24 ч и менее или более 4 дней показатели общей смертности не различались. Однако, когда перерыв между последним приемом лекарств и началом операции КШ составлял 2–4 дня, отмечалась иная динамика: общая смертность в группе тикагрелора составила 3,4% против 15,5% в группе клопидогрела (ОР 0,21; 95% ДИ 0,10–0,42; $p < 0,01$) и сердечно-сосудистая смертность – 3,1% против 11,8% соответственно (ОР 0,25; 95% ДИ 0,12–0,53; $p < 0,05$). Различий в частоте больших, смертельных или угрожающих жизни кровотечений, связанных с КШ, по критериям исследования PLATO в группах тикагрелора и клопидогрела в зависимости от промежутка времени между последним приемом препарата и операцией не отмечалось, даже если препарат был отменен за 1 сут до КШ. Почти все события, связанные с кровотечением, имели место в пределах 1 сут с момента КШ.

По данным Шведского регистра (SWEDHEART registry), у больных ОКС, подвергнутых КШ, число «больших» кровотечений, связанных с операцией, было достоверно больше при прекращении приема блокаторов рецепторов P2Y₁₂ за 24 ч и менее до операции: 38% – на тикагрелоре ($n=1266$) и 31% – на клопидогреле ($n=978$) ($p=0,52$) против их прекращения за более 120 ч соответственно 9 и 12% ($p=0,065$) [76]. В то же время прекращение терапии тикагрелором в пределах 72–120 ч (3–5 дней) и более 120 ч до КШ не повышало риск кровотечений (ОР 0,93; 95% ДИ 0,53–1,64; $p=0,80$). В противоположность этому риск кровотечений возрастал при прекращении приема клопидогрела в пределах 72–120 ч до операции против его остановки более чем за 120 ч (ОР 1,71; 95% ДИ 1,04–2,79; $p=0,033$). В целом общее количество больших кровотечений на терапии тикагрелором у больных ОКС, подвергнутых КШ, было достоверно меньше, чем на терапии клопидогрелом (12,9% против 17,6%; ОР 0,72; 95% ДИ 0,56–0,92; $p=0,012$). Авторы делают заключение, что прекращение приема тикагрелора за 3–5 дней до операции не увеличивает риска кровотечений, тогда как прекращение приема клопидогрела в эти сроки повышает вероятность развития кровотечений.

Тикагрелор обратимо блокирует рецепторы P2Y₁₂ тромбоцитов, обеспечивает более быстрое и выраженное подавление агрегации тромбоцитов, а с другой стороны, и более быстрое восстановление агрегационной функции тромбоцитов после отмены, чем клопидогрел [77].

Блокаторы рецепторов P2Y₁₂ перед КШ: рекомендации

Класс I

1. У пациентов, направленных на плановое КШ, клопидогрел и тикагрелор должны быть отменены как минимум за 5 сут до операции (**уровень доказательности B**), а прасугрел – как минимум за 7 сут с целью снижения больших кровотечений (**уровень доказательности C**) (Рекомендации ACCF/AHA, 2011 [14]; Консенсус рабочих групп ESC, 2014 [62]).
2. У пациентов, направленных на экстренное КШ, клопидогрел и тикагрелор должны быть отменены по крайней мере за 24 ч до вмешательства с целью предупреждения серьезных геморрагических осложнений (**уровень доказательности B**) (Рекомендации ACCF/AHA, 2011 [14]).
3. У пациентов, направляемых на КШ, исходно «кардиокомандой» должен быть оценен риск кровотечений и тромбоза (**доказанность: класс I, уровень C**) (Консенсус рабочих групп ESC, 2014 [62]).

Возможная стратегия отмены приема двойной антиагрегационной терапии перед КШ представлена в табл. 10.

Согласно Рекомендациям ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда 2014 г. пациентам высокого риска с продолжающейся ишемией миокарда и комплексом анатомических изменений (поражением ствола левой коронарной артерии или при выраженном многососудистом поражении проксимальных отделов) можно рекомендовать не отменять ингибиторы рецепторов P2Y₁₂ перед операцией, но только при отсутствии у них высокого риска кровотечений [13].

Если требуется проведение оптимальной антитромбоцитарной терапии до момента оперативного вмешательства, то при отмене АСК и/или ингибиторов рецепторов P2Y₁₂ в качестве «переходной» терапии (терапии «моста») возможно применение короткодействующих внутривенных ингибиторов IIb/IIIa-гликопротеиновых рецепторов (эптифибатид и тирофибан). Однако данных, подтверждающих эффективность такой стратегии, недостаточно.

Ингибиторы IIb/IIIa-гликопротеиновых рецепторов перед КШ: рекомендации

1. У пациентов, направленных на КШ, короткодействующие внутривенные ингибиторы IIb/IIIa-гликопротеиновых рецепторов (эптифибатид и тирофибан) должны быть отменены по край-

ней мере за 2–4 ч до операции, абциксимаб – по крайней мере за 12 ч до вмешательства с целью ограничения кровопотери и потребности в гемотрансфузиях (**доказанность: класс I, уровень В**) (Рекомендации ACCF/АНА, 2011 [14]); (**доказанность: класс IIв, уровень С**) (Консенсус рабочих групп ESC, 2014 [62]).

Применение нефракционированного или низкомолекулярных гепаринов перед операцией не связано с увеличением риска периоперационных кровотечений. Низкомолекулярные гепарины могут применяться в пределах 12 ч и менее перед операцией.

6.1.2. Послеоперационная антиагрегационная терапия

Состояние шунтов в раннем послеоперационном периоде – один из важных факторов, определяющих исходы КШ. Доказано, что от 3 до 12% венозных шунтов окклюдированы в течение 1-го месяца после АКШ и в 9% случаев это сопряжено с летальным исходом [78, 79]. В течение 1 года скорость окклюзии шунтов составляет от 5 до 26% [80].

Ранние тромбозы шунтов вероятнее всего обусловлены тромботическими механизмами, индуцированными повреждением эндотелия в результате забора аутовены и ее растяжения, что ведет к локальной активации тромбоцитов, факторов свертывания и тромбообразованию [81].

В этой связи прием АСК после проведенного КШ чрезвычайно важен для пациента, поскольку он значительно улучшает проходимость аутовенозных шунтов, особенно в 1-й год после проведения КШ. D.Mangano (2002 г.) опубликовал результаты многоцентрового исследования, показавшего способность АСК при раннем (в первые 48 ч) назначении в послеоперационном периоде при сравнении с назначением этого препарата в более поздние сроки снизить госпитальную смертность на 68% ($p < 0,001$), риск периоперационных ИМ – на 48% ($p < 0,001$), инсультов – на 50% ($p = 0,01$), ишемических некрозов кишечника – на 62% ($p = 0,01$) и развитие почечной недостаточности – на 74% ($p < 0,001$) [72]. При этом отмечалось, что раннее назначение АСК у оперированных пациентов не повышало риск гастроинтестинальных и прочих кровотечений. Напротив, как это ни парадоксально, их частота оказалась существенно ниже, чем у больных, не получавших АСК в первые 48 ч после КШ (1,1% против 2,0%; $p = 0,01$).

В проспективных контролируемых исследованиях продемонстрировано преимущество назначения АСК через 1, 7 и 24 ч после операции [82, 83]; польза послеоперационного начала приема АСК нивелировалась, когда препарат назначался более чем через 48 ч после вмешательства [84].

В Консенсусе рабочих групп ESC по управлению антитромбоцитарной терапией у пациентов, подвергнутых КШ, 2014 г. [62], отмечено, что высокие дозы АСК (300–325 мг/сут) не показали лучшую эффективность, чем низкие дозы АСК (75–160 мг в день), в профилактике окклюзии аутовенозных шунтов и ССО, хотя результаты метаанализов указывают на некоторое превосходство высоких доз АСК по эффективности [85, 86].

Цель назначения АСК после КШ – это снижение частоты окклюзий аутовенозных шунтов и серьезных ССО.

АСК после операции КШ: рекомендации **Класс I**

1. Прием АСК должен быть возобновлен в дозах от 100 до 325 мг/сут как в первые 6 ч после КШ, так и в

дальнейшем неопределенно долго (**уровень доказательности А**) (Рекомендации ACCF/АНА, 2011 [14]; Согласованная позиция экспертов АНА, 2015 [63]).

2. Прием АСК в дозе 75–160 мг/сут должен быть возобновлен в первые 24 ч, а лучше в первые 6 ч после КШ и приниматься в течение жизни (**уровень доказательности В**) (Консенсус рабочих групп ESC, 2014 [62])

Класс IIа

3. Если АСК после КШ назначается в качестве моноантиагрегационной терапии, то в первую очередь должно быть рассмотрено применение ее высокой дозы (325 мг), чем низкой (81 мг), для вероятной профилактики АСК-резистентности (**уровень доказательности А**) (Согласованная позиция экспертов АНА, 2015 [63]).

Блокаторы рецепторов P2Y₁₂ после операции КШ: рекомендации

Класс IIа

1. У пациентов, подвергающихся КШ, клопидогрел в дозе 75 мг/сут является альтернативой АСК при ее непереносимости или аллергических реакциях (**уровень доказательности С**) (Рекомендации ACCF/АНА, 2011 [14]; Консенсус рабочих групп ESC, 2014 [62]; Согласованное мнение экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]).

Резистентность к АСК является одним из важных механизмов окклюзии шунтов в ранние сроки после КШ [87]. Влияние АСК на ингибирование агрегационной активности тромбоцитов после АКШ может нарушаться у 1/3 больных из-за снижения абсорбции, лекарственного взаимодействия, системного воспаления, увеличения количества тромбоцитов и факторов, способных увеличивать риск окклюзии аутовенозных шунтов [88, 89].

Возобновление приема клопидогрела дополнительно к АСК после КШ может быть полезным согласно результатам метаанализа, включающего 5 рандомизированных исследований, и данным 6 наблюдательных исследований ($n = 25\,728$) для лучшей проходимости венозных шунтов (ОР 0,59; 95% ДИ 0,43–0,82; $p = 0,02$) и снижения 30-дневной смертности (0,8% на терапии клопидогрел + АСК против 1,9% на терапии только АСК, $p = 0,0001$) [12, 90].

Системный обзор и метаанализ 15 исследований ($n = 31\,365$), выполненный Y.Wang и соавт. (2015 г.), показал эффективность двойной антитромбоцитарной терапии после КШ (против приема АСК) в профилактике окклюзии шунтов и смертности как в ранний, так и более поздний периоды после вмешательства [91]. Так, риск окклюзии венозных шунтов снижался на 47% (ОР 0,53; 95% ДИ 0,36–0,81; $p = 0,001$), риск послеоперационной смерти – на 43% (ОР 0,57; 95% ДИ 0,38–0,85; $p = 0,006$), повторных реваскуляризации – на 85% (ОР 0,15; 95% ДИ 0,05–0,45; $p = 0,001$). В то же время не имелось различий между двойной антиагрегантной терапией и приемом АСК в отношении снижения рисков развития ИМ (ОР 0,77; 95% ДИ 0,55–1,09; $p = 0,137$), инсульта (ОР 0,85; 95% ДИ 0,60–1,19; $p = 0,330$) и кровотечения (ОР 0,95; 95% ДИ 0,82–1,09; $p = 0,465$).

Двойная антиагрегационная терапия АСК + клопидогрел может быть рассмотрена у пациентов после КШ (Консенсус рабочих групп ESC по управлению антиагрегационной терапией у пациентов, подвергнутых КШ, 2014 [62]; Рекомендации по длительности двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с КВС обществ АСС/АНА, 2016 [64]):

Класс I

1. Пациенты со стабильной ИБС, ранее подвергнутые стентированию другой (не связанной с шунтом) коронарной артерии (**уровень доказательности C**).
2. Пациенты после КШ на работающем сердце (**уровень доказательности A**) (Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]).

Класс IIa

3. Пациенты, подвергнутые КШ в пределах 1 года после ОКС при контролируемом риске кровотечений (**уровень доказательности B**).

Класс IIb

4. Пациенты со стабильной ИБС при ее безопасности (**уровень доказательности B**).
5. Пациенты после КШ с искусственным кровообращением без недавно перенесенного ОКС (**уровень доказательности A**) (Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]).

Длительность двойной антиагрегационной терапии после КШ (АСК + клопидогрел) должна быть 1 год. При этом в Рекомендациях обществ АСС/АНА по длительности двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с КБС 2016 г. обращается внимание, что ежедневная доза АСК в составе двойной антиагрегационной терапии составляет 81 мг (75–100 мг) (**доказанность: класс IIa, уровень B**) [64].

Снижение смертности после КШ в исследованиях PLATO и TRITON-TIMI 38 указывает, что терапия тикагрелором и прасутгрелом может быть возобновлена после КШ, однако доказательства этого положения лимитированы (Рекомендации ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда, 2014 [13]). Данные по оценке эффективности прасутгрела после КШ представлены только в post hoc-анализе 346 пациентов в исследовании TRITON-TIMI 38 [92]. Назначение прасутгрела больным, подвергнутых КШ, было сопряжено с более низким постоперационным риском их смерти, чем на терапии клопидогрелом (ОР 0,26; $p=0,025$), хотя прасутгрел вызывал большую потерю крови после операции ($p=0,05$).

В исследовании PLATO только 36% пациентов с ОКС, подвергнутых КШ, возобновили прием тикагрелора в течение 7 дней после операции. В то же время послеоперационная сердечно-сосудистая смертность оказалась ниже в группе тикагрелора при сравнении с группой клопидогрела (ОР 0,49; 95% ДИ 0,32–0,77) [93]. Очевидно, что нужны дополнительные доказательства эффективности ингибиторов рецепторов P2Y₁₂ у пациентов, перенесших КШ (Консенсус рабочих групп ESC по управлению антиагрегантной терапией у пациентов, подвергнутых КШ, 2014 [62]).

Блокаторы рецепторов P2Y₁₂ тикагрелор или прасутгрел после КШ: рекомендации

Класс IIa

1. Для пациентов, подвергнутых КШ, в пределах 1 года после ОКС, может быть рассмотрено возобновление двойной антиагрегационной терапии АСК + тикагрелор или прасутгрел при условии контроля риска кровотечений (**уровень доказательности B**) (Консенсус рабочих групп ESC по управлению антиагрегантной терапией у пациентов, подвергнутых КШ, 2014 [62]; Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]).

Применение ингибиторов P2Y₁₂ в дополнение к АСК после 12 мес может быть рассмотрено после

тщательной оценки риска ишемических осложнений и риска кровотечений у пациентов, перенесших ОКС без подъема сегмента ST (класс IIb, уровень доказательности A) (Рекомендации ESC по управлению больными ОКС без стойкого подъема сегмента ST, 2015 [94]).

По данным A.Mariani и соавт., пациенты, оперированные по методике без использования искусственного кровообращения (в англоязычной литературе OPCAB – off-pump coronary artery bypass), имели более высокий риск ранней несостоятельности шунтов вследствие сниженной активности фибринолитической системы за счет повышенной активации воспалительной и коагуляционной систем [95]. D.Wijeyesundera и соавт. по результатам рандомизированного исследования приводят данные о более частом повторном вмешательстве (реваскуляризации или стентирования) после OPCAB за 3-летний период (10,1%), чем в группе больных «on-pump» (6,4%, $p=0,0001$) [96]. В другом исследовании также показано, что после КШ методом off-pump (OPCAB) у пациентов выявлялся отсроченный гиперкоагуляционный эффект [97]. Во многом это связано с выраженной постоперационной активностью тромбоцитов и снижением их чувствительности к АСК [86, 91].

В настоящее время нет единого мнения об оптимальных режимах антитромбоцитарной и антикоагулянтной терапии после операций «off-pump». Хотя некоторые имеющиеся подтверждения свидетельствуют, что добавление клопидогрела к АСК может улучшить постоперационную проходимость венозных шунтов после КШ на работающем сердце [73, 90].

V.Mannacio и соавт. (2012 г.) в проспективном рандомизированном исследовании CRYSSA (prevention of Coronary artery bypass occlusion After off-pump procedures), оценивающим годичное влияние комбинации АСК 100 мг + клопидогрел 75 мг против монотерапии АСК 100 мг на проходимость венозных шунтов у больных ($n=300$) после операций «off-pump», показали достоверно меньшую частоту их развития на комбинированной терапии (7,4% против 13,1% только на АСК; $p=0,04$) [98]. Аналогичные данные были получены и в метаанализе S.Deo и соавт. (2013 г.), в котором комбинация клопидогрел + АСК приводила к большему снижению риска появления окклюзий венозных шунтов (на 55% против монотерапии АСК) именно у больных после КШ методом off-pump [90].

Системный обзор и метаанализ 15 исследований ($n=31365$) Y.Wang и соавт., выполненный в 2015 г., показал достоверное снижение риска ССО у больных после КШ без искусственного кровообращения на двойной антитромбоцитарной терапии против монотерапии АСК: окклюзии шунтов – на 51% (ОР 0,49; 95% ДИ 0,30–0,82; $p=0,006$), ИМ – на 72% (ОР 0,28; 95% ДИ 0,11–0,72; $p=0,009$) и смертности – на 61% (ОР 0,39; 95% ДИ 0,25–0,60; $p<0,001$) без какого-либо увеличения риска кровотечений (ОР 0,75; 95% ДИ 0,55–1,02; $p=0,066$) [91].

На основании согласованной позиции экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ 2015 г. пациентам после КШ по методике off-pump (OPCAB) двойная антиагрегационная терапия (АСК + клопидогрел) показана в течение 1 года для уменьшения окклюзии шунтов (**доказанность: класс I, уровень A**) [63]. Что касается преоперационного приема АСК, то он должен быть продолжен вплоть до операции КШ методом off-pump (т.е. без прерывания).

Вторичная профилактика

АСК рекомендуется как средство вторичной профилактики для всех пациентов с ИБС, в том числе для пациентов, перенесших КШ (**доказанность: класс I, уровень А**).

Длительный прием (в течение 4 лет) АСК связан с достоверно лучшей выживаемостью пациентов после КШ по сравнению с теми, кто прекращал ее прием: снижение риска смерти на 42% (ОР 0,58; 95% ДИ 0,47–0,70) [99]. Аналогичные данные в группе больных после КШ были получены и в исследовании SYNTAX (Synergy Between Percutaneous Coronary Intervention With Taxus and Cardiac Surgery): отсутствие рекомендаций по приему АСК при выписке из стационара практически более чем в 3 раза повышало риск 4-летней смерти (ОР 3,56; 95% ДИ 2,04–6,21; $p < 0,001$) [100].

6.1.3. Пероральные антикоагулянты

Один из вариантов усиления антитромботической терапии у пациентов после КШ, недавно перенесших ОИМ, предусматривает длительное назначение перорального антикоагулянта – прямого ингибитора фактора Ха ривароксабана в низкой дозе 2,5 мг 2 раза в дополнение к стандартной антитромботической терапии.

Применение ривароксабана у больных после ОИМ с синусовым ритмом на фоне АСК и клопидогрела в исследовании ATLAS ACS 2 TIMI 51 (Anti-Xa Therapy to Lower Cardiovascular Events in Addition to Aspirin with or without Thienopyridine Therapy in Subjects with Acute Coronary Syndrome) сопровождалось дополнительным снижением риска сердечно-сосудистой смерти на 34% (ОР 0,66; 95% ДИ 0,51–0,86; $p = 0,002$) и смертности по любой причине – на 32% (ОР 0,68; 95% ДИ 0,53–0,87; $p = 0,002$), а также риска тромбоза стента – на 35% (ОР 0,65; 95% ДИ 0,45–0,94; $p = 0,022$) [101]. При этом на фоне терапии ривароксабаном по сравнению с плацебо не наблюдалось увеличения частоты фатальных кровотечений (0,2% против 0,1%; $p = 0,51$), хотя была выше частота больших кровотечений, не связанных с хирургическим вмешательством по поводу КШ (2,2% против 0,6%; $p < 0,001$) и внутримозговых кровоизлияний (0,6% против 0,1%; $p = 0,015$).

В исследовании ATLAS ACS 2 TIMI 51 операция КШ была выполнена 1,5% включенным в исследование пациентам. Кровотечения области разреза при операции КШ в группе применения ривароксабана 2,5 мг 2 раза в день не отмечались. Сопоставимой в группах ривароксабана и плацебо оказалась частота внутренних кровотечений (вне области разреза), ассоциированных с операцией КШ.

Пероральные антикоагулянты после КШ: рекомендации

Класс Ib

1. Ривароксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в день может быть назначен в комбинации с АСК или АСК и клопидогрелом больным после операции КШ и перенесшим ОИМ при высоком риске ишемических осложнений и низком риске кровотечений (без инсульта, транзиторной ишемической атаки в анамнезе) (**уровень доказательности В**).

Ривароксабан в низкой дозе назначается после стабилизации клинического состояния пациента в ходе текущего ОИМ (включая процедуры реваскуляризации) минимум через 24 ч после госпитализации и по прекращению лечения парентеральными антикоагулянтами сроком до 1 года (с возможностью продления терапии до 2 лет).

6.2. Гиполипидемическая терапия

Статины – как первый класс выбора среди гиполипидемических препаратов имеют чрезвычайно важное значение на всех этапах ведения больных ИБС, подвергающихся КШ: до операции, в периперационном периоде, в раннем и позднем послеоперационных периодах. Большинство пациентов ИБС до операции КШ получают статины, прием которых должен быть продолжен вплоть до операции. Если пациент ранее не принимал статины, то их прием должен быть инициирован.

Предоперационное назначение статинов улучшает клинические исходы КШ. Эффекты коротких курсов (7 дней – 1 мес) предоперационной терапии статинами в отношении профилактики интра- и ранних послеоперационных осложнений при выполнении вмешательств на коронарных сосудах представлены в экспериментальных и клинических работах. Показано, что предоперационная терапия статинами улучшает исходы КШ – перфузию миокарда в области шунтов, снижает риск послеоперационного тромбоцитоза и тромботических осложнений, развитие инсультов и на 33% – послеоперационные гнойно-септические осложнения [102–104]. Ретроспективное исследование 1802 больных с КШ показало, что предоперационная терапия статинами обладает ренопротективным эффектом – на 50% снижает частоту развития послеоперационной почечной недостаточности [105]. Метаанализ 19 исследований ($n = 31\,725$) по оценке эффективности предоперационного лечения статинами показал, что влияние такой терапии на послеоперационную выживаемость значительно выше, чем снижение риска летального исхода при длительном лечении статинами уже после КШ [106].

Статины обладают защитным эффектом и в отношении развития послеоперационных нарушений ритма, прежде всего в снижении риска ФП, неврологической симптоматики, почечной дисфункции [107, 108]. В рандомизированном контролируемом исследовании ARMYDA-3 назначение аторвастатина в дозе 40 мг/сут за 7 дней до операции КШ в сравнении с плацебо достоверно снижало частоту послеоперационной ФП (35% против 57%; $p = 0,003$) [107]. Доказано, что основной механизм антиаритмического эффекта статинов – противовоспалительный [109].

Основным местом приложения эффектов предоперационной терапии статинами являются зоны анастомозов коронарных артерий и шунтов. Биологическое состояние трансплантатов, используемых для шунтирования, как артериальных, так и венозных, значительно изменяется во время операции (при их выделении и других хирургических манипуляциях) и после нее, когда сосуды подвергаются необычным для них гемодинамическим нагрузкам [110]. Все это приводит к ускоренному развитию и прогрессированию атеросклероза, а в некоторых случаях и к острой тромботической окклюзии. Одним из основных механизмов, лежащих в основе этих осложнений, является повреждение эндотелия, в результате чего происходят запуск таких неблагоприятных процессов, как адгезия тромбоцитов, отложение фибрина, активация тканевого фактора, снижение синтеза оксида азота, тканевого активатора плазминогена. Обратный процесс – резэндотелизация идет за счет как миграции и пролиферации соседних эндотелиальных клеток, так и инкорпорации в участок повреждения циркулирующих в крови предшественников эндотелиальных клеток из костного мозга. Доказано,

что статины способны оптимизировать эти процессы [111, 112].

Помимо описанных феноменов одной из причин развития послеоперационных эпизодов ишемии миокарда является склонность как шунтов, так и нативных коронарных артерий к спазму. Учитывая известные данные о том, что статины способны увеличивать синтез оксида азота, обладающего вазодилаторным действием, перспективным является их использование для профилактики вазоконстрикции [113].

Таким образом, при проведении КШ пациентам, не получающим статины, представляется целесообразным начинать интенсивную терапию статинами перед операцией. Не следует прекращать терапию статинами до или после проведения КШ, если их прием не сопровождается побочным действием.

По данным ряда исследований, терапия статинами у пациентов, выписанных из стационара после КШ, ассоциируется с более низким риском общей летальности и основных кардиальных событий, даже с учетом особенностей пациента, стационара и хирурга [112, 114]. По данным post hoc-анализа исследования TNT (Treating to New Targets), применение аторвастатина в дозе 80 мг/сут у пациентов после КШ снижает частоту больших сердечно-сосудистых событий (смерть от ИБС, нефатальный ИМ, не связанный с процедурами, реанимация по поводу остановки сердца, фатальный или нефатальный инсульт) на 27% и частоту повторной реваскуляризации – на 30% по сравнению с группой менее интенсивной терапии (аторвастатин в дозе 10 мг) [115].

Отмечена польза именно от высоких доз статинов. В когортном исследовании 418 пациентов, подвергнутых КШ, показано достоверное снижение (на 38%) риска развития периоперационных ССО (СН, аритмии или сердечной смерти) на фоне высокой дозы статина, назначаемой до операции, относительно принимавших низкую дозу статина (ОР 0,62; 95% ДИ 0,41–0,93; $p < 0,05$) [116]. В недавнем post hoc-анализе исследования CASCADE показано, что через 1 год у пациентов с уровнем ХС ЛНП < 100 мг/дл ($< 2,6$ ммоль/л) проходимость шунта была лучше, чем у имевших уровень ХС ЛНП > 100 мг/дл (у 96,5% пациентов против 83,3% пациентов соответственно; $p = 0,03$) [117].

Статины перед и после операции КШ: рекомендации

Класс I

1. Все пациенты, подвергающиеся КШ, должны получать высокоинтенсивную терапию статинами независимо от исходного уровня ХС ЛНП крови при отсутствии противопоказаний в предоперационном периоде (**уровень доказательности A**).
2. Пациентам, подвергающимся срочному или экстренному КШ и ранее не принимавшим статины, показано немедленное назначение высокоинтенсивной терапии статинами (**уровень доказательности A**).
3. Высокоинтенсивная терапия статинами должна продолжаться у всех больных ИБС после реваскуляризации миокарда при отсутствии противопоказаний (**уровень доказательности A**).
4. У пациентов, подвергающихся КШ, терапия статинами должна применяться с достижением целевого уровня ХС ЛНП $< 1,8$ ммоль/л (70 мг/дл) (**уровень доказательности A**) или обеспечивать снижение ХС ЛНП $\geq 50\%$ более при его исходном значе-

нии в пределах 1,8–3,5 ммоль/л (70–135 мг/дл) (**уровень доказательности B**) (Европейские рекомендации по профилактике ССЗ, 2016 [49]).

Под высокоинтенсивной терапией статинами подразумевается назначение аторвастатина в дозе 40–80 мг и розувастатина в дозе 20–40 мг всем пациентам после КШ при отсутствии противопоказаний (исключение составляют пациенты старше 75 лет) (**доказанность: класс I, уровень A**) (Рекомендации по контролю ХС крови для снижения атеросклеротического кардиоваскулярного риска у взрослых ACC/ANA, 2013 [118]; Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]). Терапия статинами средней интенсивности после КШ показана при непереносимости высоких доз статинов и высоком риске лекарственных взаимодействий, а также у пациентов старше 75 лет (**доказанность: класс I, уровень A**).

Вторичная профилактика

Терапия статинами у пациентов, перенесших КШ, должна продолжаться неопределенно долго. Показано, что отмена статинов после КШ ассоциируется с более высокими показателями смертности по сравнению с продолжением лечения. При недостижении целевого уровня ХС ЛНП на максимальной терапии статинами к ней может быть добавлен эзетимиб в дозе 10 мг как 1-я линия нестатинового препарата (Консенсус экспертов Американского колледжа кардиологов/Национальной липидной ассоциации, утвержденный Национальной липидной ассоциацией о роли нестатиновой терапии в управлении атеросклеротическим кардиоваскулярным риском, 2016) [119].

6.3. Бета-адреноблокаторы

Терапию БАБ не следует отменять перед операцией. БАБ способны предупреждать развитие ФП и контролировать ЧСС у пациентов, подвергнутых КШ. Метаанализ клинических исследований M.Khan и соавт. (2013 г.) иллюстрирует 50% снижение риска постоперационной ФП на фоне профилактической терапии БАБ [120]. При отсутствии возобновления терапии БАБ в постоперационном периоде у большинства пациентов может развиваться рикшетная тахикардия. Учитывая доказанную способность БАБ ограничивать частоту послеоперационной ФП у пациентов, получавших их до операции КШ, можно рекомендовать назначение данных препаратов всем пациентам в преоперационном периоде с последующим продолжением терапии и после операции (при отсутствии противопоказаний).

БАБ эффективны в профилактике и лечении периоперационной ишемии миокарда. В отличие от данных метаанализов в обсервационных исследованиях продемонстрирована ассоциация предоперационного приема БАБ со снижением периоперационной смертности [121]. У пациентов, не получавших БАБ предоперационно, отмечались более длительное пребывание в стационаре и отсутствие снижения заболеваемости постоперационной ФП [122].

БАБ перед КШ: рекомендации

Класс I

1. БАБ должны быть назначены как минимум за 24 ч до КШ всем пациентам без противопоказаний с целью снижения риска развития постоперационной ФП и минимизации ее осложнений (**уровень доказательности B**).

Класс Па

2. Предоперационное применение БАБ у пациентов без противопоказаний, особенно при ФВ ЛЖ > 30%, может быть эффективным в снижении риска внутрисосудистой летальности (**уровень доказательности В**).

3. БАБ могут быть эффективными в снижении частоты периоперационной ишемии миокарда (**уровень доказательности В**).

Эффективность применения БАБ у больных, подвергшихся КШ, после выписки из стационара до конца не определена [123]. В нескольких обсервационных исследованиях продемонстрирована эффективность БАБ в подгруппах высокого риска (например, у пациентов с периоперационной ишемией миокарда, пожилых, имеющих дисфункцию ЛЖ, признаки СН или ХОБЛ, перенесших ИМ) [124]. По данным ряда исследователей, прием БАБ пациентами после КШ, имеющими в анамнезе ИМ, приводил к снижению частоты послеоперационной ФП, летальности и других нежелательных кардиальных событий [125, 126].

БАБ после КШ: рекомендации**Класс I**

1. Прием БАБ должен быть возобновлен как можно быстрее после КШ у всех пациентов без противопоказаний с целью снижения риска развития постоперационной ФП или минимизации ее осложнений (**уровень доказательности А**).

2. При отсутствии противопоказаний терапию БАБ следует назначать всем пациентам, перенесшим ОИМ или ОКС, со сниженной ФВ ЛЖ (<40%) или страдающим СН (**уровень доказательности А**).

3. БАБ могут быть рекомендованы всем пациентам после КШ без противопоказаний в момент выписки из стационара (**уровень доказательности С**).

Класс Па

4. В раннем послеоперационном периоде внутривенное введение БАБ имеет смысл клинически стабильным пациентам, которые не способны принимать пероральные препараты (**уровень доказательности В**).

Пациентам после КШ со сниженной ФВ ЛЖ, страдающим СН или перенесшим ОИМ, рекомендуются такие БАБ, как бисопролол, карведилол, метопролол сукцинат медленного высвобождения (Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]), а также небиволол (Европейские рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической СН, 2016 [127]).

Вторичная профилактика

В целом, терапия БАБ остается одной из основных в стратегии вторичной профилактики ССО после КШ у больных ИБС. Количество исследований, оценивающих полезный эффект длительного приема БАБ, лимитировано. H.Zhang и соавт. (2015 г.) оценивали клинический эффект 3-летнего (1,6–5,5 года) приема БАБ у больных, подвергнутых КШ (n=5926), из которых 2922 пациента принимали БАБ (1280 пациентов с ИМ в анамнезе и 1642 пациентов без ИМ) [128]. После КШ риск смерти от всех причин был достоверно выше у пациентов, постоянно не принимавших БАБ (ОР 1,96; 95% ДИ 1,50–2,57) или никогда не получавших БАБ (ОР 1,42; 95% ДИ 1,01–2,00) относительно больных, постоянно находившихся на терапии БАБ. У пациентов без ИМ ОР смерти от всех причин составлял 1,70 (95% ДИ 1,17–2,48) у периодически принимавших БАБ и 1,23 (95% ДИ 0,76–1,99) – у никогда не принимавших; в когорте больных ИМ в

анамнезе соответственно ОР 2,14 (95% ДИ 1,43–3,20) и 1,59 (95% ДИ 1,07–2,63).

По-видимому оптимальный период терапии БАБ после КШ может составлять от 3–4 мес до 1 года при отсутствии ФП и других причин (например, снижения систолической функции ЛЖ) для ее более длительного продолжения (Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]). Больным, перенесшим ОИМ, БАБ следует принимать неопределенно долго (до 3 лет), как и пациентам, страдающим дисфункцией ЛЖ и СН.

6.4. ИАПФ/БРА

В ряде исследований показано, что ИАПФ снижают уровень смертности, уменьшают количество сердечно-сосудистых событий у пациентов с ИБС, особенно после ОИМ. Тем не менее, безопасность и эффективность предоперационного назначения ИАПФ и БРА у больных, подвергающихся кардиохирургическим вмешательствам, неясны, поскольку их назначение связано с развитием интраоперационной гипотонии, а также со снижением реакции на вазопрессоры и инотропные агенты после введения пациента в наркоз [129]. Особую озабоченность во время кардиохирургических операций вызывает выявленная связь приема ИАПФ и БРА с развитием тяжелой гипотонии после искусственного кровообращения (так называемый вазоплегический синдром) и постоперационной почечной дисфункции [130].

Противоречивыми оказались результаты исследований о способности этих препаратов предупреждать развитие послеоперационной ФП [131, 132]. Не определены безопасность и эффективность применения ИАПФ и БРА после КШ у пациентов низкого и среднего риска (без СД, при отсутствии почечной недостаточности и систолической дисфункции ЛЖ). Более того, у подобных пациентов ИАПФ и БРА должны использоваться с осторожностью. Их не следует назначать в раннем послеоперационном периоде, если систолическое АД > 100 мм рт. ст. или если у госпитализированного пациента после их приема развивается гипотония.

Было выполнено два рандомизированных исследования по использованию ИАПФ у пациентов после КШ. В исследовании QUOVADIS (Quinaprilon Clinical Outcome After Coronary Artery Bypass Grafting), включавшем 149 пациентов после КШ, после годичного приема ИАПФ было зафиксировано снижение комбинированной точки (стенокардии, смерти, ИМ, повторной реваскуляризации, инсульта или транзиторной ишемической атаки) в сравнении с группой контроля (количество событий – 3,5 и 15% соответственно; $p=0,02$) [133]. Однако эти результаты не подтвердились в исследовании IMAGINE (Ischemia Management with Accupril postbypass Graft via Inhibition of Angiotensin coNverting Enzyme) [134].

Субанализ данных исследования EUROPA (European Trial on the Reduction of Cardiac Events with Perindoprilin Stable Coronary Artery Disease) у пациентов с ранее выполненными процедурами реваскуляризации (КШ или ЧКВ не ранее чем за 6 мес до включения в исследование) подтвердили профилактическую пользу за более чем 4,4-летний период наблюдения [135]. В то же время анализ данных почти 3 тыс. пациентов исследования PREVENTIV (Project of Ex-vivo Veingraft Engineering via Transfection), каждый из которых к моменту выписки из стационара получал ИАПФ или БРА, не продемонстрировал достоверного снижения смертности или ИМ после 2 лет на-

блюдения у «идеальных» кандидатов на терапию (в соответствии с рекомендациями ACCF/АНА/НRS), тогда как у «неидеальных» кандидатов, напротив, был получен значимый результат [136].

Известно, что ИАПФ эффективны в снижении симптомов СН и смертности среди пациентов, перенесших ИМ или имеющих сниженную ФВ ЛЖ. БРА рассматриваются как альтернативная терапия у пациентов с предыдущим ИМ или симптомами СН.

ИАПФ/БРА перед КШ: рекомендации

Класс Ib

1. Безопасность преоперационного приема ИАПФ или БРА на фоне их постоянного применения неясна (**уровень доказательности B**).

ИАПФ/БРА следует отменить за 1–2 дня до операции КШ для предупреждения развития периоперационной гипотонии.

ИАПФ/БРА после КШ: рекомендации

Класс I

1. Прием ИАПФ и БРА следует возобновить в послеоперационном периоде при стабильном состоянии и с учетом противопоказаний (**уровень доказательности B**).

2. Пациентам, ранее не принимавшим ИАПФ, при стабильном состоянии после КШ следует назначить эти препараты при наличии ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, АГ, СД или хронических заболеваний почек (ХЗП) с учетом противопоказаний (**уровень доказательности A**).

3. БРА – альтернатива при непереносимости ИАПФ при наличии СН или ИМ с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ (**уровень доказательности B**).

Класс IIa

1. Всем пациентам с низким риском (нормальной ФВ ЛЖ и хорошо контролируемые кардиоваскулярными ФР), ранее не получавшим ИАПФ, целесообразно назначать терапию этими препаратами в послеоперационном периоде с учетом противопоказаний (**уровень доказательности B**).

2. БРА – альтернатива при непереносимости ИАПФ (**уровень доказательности A**).

Вторичная профилактика

Терапию ИАПФ/БРА после КШ следует продолжать неопределенно долго, особенно пациентам с недавним ОИМ, ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, АГ, СД или хроническими заболеваниями почек. ИАПФ могут быть назначены у пациентов со стабильной КБС при отсутствии дисфункции ЛЖ для профилактики или задержки прогрессирования СН (**доказанность: класс IIa, уровень A**) (Европейские рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической СН, 2016) [127].

6.5. Другие средства

6.5.1. Антагонисты кальция

Результаты метаанализа 41 рандомизированного исследования с включением 3327 пациентов показали, что антагонисты кальция снижали развитие пери- и послеоперационной ишемии миокарда (на 47%) и ИМ (на 42%), а дилтиазем и верапамил – также риск суправентрикулярной тахикардии (на 38%). Назначение дилтиазема после КШ может быть использовано для профилактики послеоперационного контрастиндуцированного повреждения почек [137].

У пациентов после КШ антагонисты кальция могут использоваться в качестве антигипертензивного средства (**доказанность: класс I, уровень A**) (Рекомендации ESH/ESC по лечению АГ, 2013 [138]), пре-

паратов 1-й линии контроля стабильной стенокардии, а антагонисты кальция негидропиридинового ряда и для контроля ЧСС (**доказанность: класс I, уровень A**) (Рекомендации ESC по ведению больных со стабильной стенокардией, 2013 [139]).

6.5.2. Метаболические миокардиальные цитопротекторы

Операция КШ, к сожалению, может привести к ишемическому повреждению миокарда во время операции и в послеоперационном периоде, особенно у лиц, предрасположенных к СН, пожилых, лиц с нарушениями ритма и проводимости сердца. В этой связи с целью предупреждения повреждающего действия операции возможно назначение препаратов цитопротективного влияния, улучшающих процесс энергообразования в миокарде.

По данным метаанализа N.Zhang и соавт. (2015 г.) установлено, что назначение метаболических миокардиальных цитопротекторов (триметазидина) до КШ и в раннем послеоперационном периоде достоверно предотвращает повреждение миокарда (по динамике маркеров некроза миокарда), связанное с хирургическим вмешательством [140]. Подобные результаты наблюдались и в других рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях [141, 142].

Триметазидин может быть рассмотрен для назначения в качестве препарата 2-й линии контроля стенокардии (**доказанность: класс Ib, уровень B**) (Рекомендации ESC по ведению больных со стабильной стенокардией, 2013 [139]). Показано, что у больных с неполным эффектом после КШ назначение триметазидина значимо снижало частоту и выраженность стенокардии и ишемии миокарда [143].

Триметазидин может быть рассмотрен для назначения больным с симптомами СН (II–IV ФК по NYHA) и сниженной ФВ ЛЖ для лечения сохраняющейся стабильной стенокардии, несмотря на терапию БАБ (или в качестве их альтернативы) (**доказанность: класс Ib, уровень A**) (Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической СН, 2016 [127]).

6.5.3. Ингибиторы If-каналов синусового узла

Блокаторы If-каналов (ивабрадин) следует рассмотреть для снижения риска госпитализаций по поводу СН и кардиоваскулярной смерти у пациентов с синусовым ритмом и ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ при ЧСС ≥ 70 уд/мин с персистированием симптомов (II–IV класс по NYHA), несмотря на лечение БАБ, ИАПФ (или БРА) и антагонистами минералокортикоидных рецепторов – МКР (**доказанность: класс IIa, уровень B**) (Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]; Европейские рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической СН, 2016 [127]).

Ивабрадин также может быть назначен данной категории пациентов в случае непереносимости БАБ в дополнение к ИАПФ (или БРА) и антагонистам МКР (**доказанность: класс IIa, уровень B**) (Европейские рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической СН, 2016 [127]).

Ивабрадин может рассматриваться к применению у больных после КШ, имеющих стабильную стенокардию, при синусовом ритме и ЧСС ≥ 60 уд/мин в качестве антиангинальной терапии 2-й линии при непереносимости БАБ или антагонистов кальция (или противопоказаниях к их применению), а также в комбинации с оптимальными дозами БАБ при сохра-

нении приступов стенокардии (**доказанность: класс IIa, уровень B**) (Рекомендации ESC по ведению больных со стабильной стенокардией, 2013 [139]).

6.5.4. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Антагонисты МКР могут рассматриваться к назначению пациентам после КШ при персистировании симптомов СН (II–IV класс по NYHA) и ФВ < 35%, несмотря на лечение ИАПФ (или БРА) и БАБ (**доказанность: класс I, уровень A**) (Европейские рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической СН, 2016 [127]).

Спиrolактон – неселективный антагонист МКР, продемонстрировал клиническую пользу у пациентов с тяжелой СН (III–IV класс по NYHA и ФВ ЛЖ < 35%) в рандомизированном исследовании RALES (Randomized Aldactone Evaluation Study) в снижении (на 30%; $p < 0,001$) смерти от всех причин, смерти от прогрессирования ХСН (на 36%; $p < 0,001$) и уменьшении числа госпитализаций из-за декомпенсации СН (на 35%; $p < 0,001$) [144].

Назначение эплеренона (высокоселективного конкурентного антагониста МКР) больным с умеренными симптомами ХСН (II класс по NYHA) с ФВ ЛЖ < 35% в исследовании EMPHASIS-HF (Eplerenone in Mild Patients Hospitalization and Survival Study in Heart Failure) приводило к снижению риска общей смертности (на 24%; $p = 0,008$), смертности по причине ХСН (на 32%; $p = 0,05$) и числа госпитализаций из-за обострения СН (на 43%; $p < 0,0001$) [145]. Обязательным условием при назначении антагонистов МКР является контроль уровня калия и почечной функции.

6.6. Профилактика послеоперационной фибрилляции предсердий

Пароксизмы ФП возникают в послеоперационном периоде примерно у 30–50% больных, перенесших КШ в условиях искусственного кровообращения, несколько реже – при «off-pump»-операциях. ФП, развивающаяся сразу после КШ, часто трудно поддается коррекции и связана с повышенным риском осложнений и смерти. В проспективном обсервационном исследовании ($n = 1878$) показано, что развитие ФП после КШ было связано с повышением риска эмболических нарушений (в 4 раза) и сердечной смерти (в 3 раза) [146].

Риск появления послеоперационной ФП выше у пациентов пожилого возраста, мужского пола, длительно (≥ 24 ч) находящихся на искусственной вентиляции легких, имеющих недостаточность периферического кровоснабжения, ХОБЛ, клапанные поражения сердца, дилатацию левого предсердия, предшествующие операции на сердце, дооперационные эпизоды предсердных тахикардий, перикардит, СД и ожирение. Однако у многих пациентов в раннем послеоперационном периоде ФП развивается даже в отсутствие любого из перечисленных факторов. Послеоперационная ФП чаще появляется в течение первых 5 сут после вмешательства, при этом пик приходится на 2–е сутки после операции [147]. После КШ целесообразно восстановление синусового ритма для увеличения выживаемости (**доказанность: класс IIb, уровень B**).

Эффективность различных антиаритмических препаратов для предотвращения ФП после КШ оценивалась в многочисленных исследованиях. Наиболее эффективным методом ограничения ФП оказалась пред- и послеоперационное назначение БАБ

или амиодарона [148]. Прием БАБ снижает частоту развития ФП на 52–65% вне зависимости от конкретного препарата или дозировки. Отмена БАБ – достоверный фактор риска развития послеоперационной ФП, поэтому ее следует избегать. По крайней мере за 1 нед до вмешательства следует начать лечение БАБ, а у больных, уже получающих эти препараты, лечение рекомендуется продолжать до дня операции (Клинические рекомендации по диагностике и лечению ФП сообществ РКО, ВНОА, АССХ 2012) [149].

Пациентам высокого риска развития ФП (в тех случаях, когда она уже регистрировалась ранее) и противопоказаниями к приему БАБ назначается амиодарон за 5–7 дней до операции. Профилактическое применение амиодарона снижало частоту послеоперационной ФП, инсульта и послеоперационных желудочковых тахикардий, сокращало длительность госпитализации, но не влияло на послеоперационную смертность [150]. Препарат отменяется после обследования при отсутствии показаний к дальнейшему приему [151].

Соталол снижал частоту послеоперационной ФП на 64% по сравнению с плацебо, однако он не влиял на длительность госпитализации, риск инсульта или смертность [152]. Применение соталола повышает риск развития брадикардии и желудочковой тахикардии типа tdp , особенно при наличии электролитных нарушений, поэтому в хирургической практике его применяют редко.

При метаанализе 8 исследований продемонстрирована эффективность профилактической стимуляции предсердий в снижении частоты послеоперационной ФП независимо от места или алгоритма стимуляции, однако в других исследованиях эффективность этого метода подтверждена не была [149]. Для снижения частоты возникновения ФП после операций на сердце может рассматриваться целесообразность применения кортикостероидов, однако они могут давать нежелательные эффекты.

Как показали недавние исследования, колхицин и цитостатики также не продемонстрировали способности предотвращать возникновение ФП (Рекомендации по ведению пациентов с ФП обществ АНА/ACC/HRS, 2014 [153]).

Профилактика и лечение послеоперационной ФП: рекомендации (Рекомендации по КШ обществ ACCF/АНА, 2011 [14]; Рекомендации по ведению пациентов с ФП обществ АНА/ACC/HRS, 2014 [153])

Класс I

1. БАБ должны назначаться как минимум за 24 ч до КШ всем пациентам без противопоказаний с целью профилактики развития послеоперационной ФП и ее осложнений (**уровень доказательности B**).
2. Прием БАБ должен быть возобновлен как можно быстрее после КШ у всех пациентов без противопоказаний для снижения риска послеоперационной ФП или минимизации ее клинических последствий (**уровень доказательности B**).
3. БАБ должны назначаться всем пациентам после КШ без противопоказаний в момент выписки (**уровень доказательности C**).
4. Назначение недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов можно рекомендовать для контроля частоты сокращений желудочков у пациентов с послеоперационной ФП, но не с профилактической целью (**уровень доказательности B**).

Класс Па

1. Предоперационное назначение амиодарона возможно как профилактическое средство у пациентов с высоким риском послеоперационной ФП (**уровень доказательности А**).
2. У пациентов с послеоперационной ФП и нестабильной гемодинамикой рекомендуется восстановление синусового ритма с помощью электрической кардиоверсии (**уровень доказательности В**).
3. Применение статинов возможно для снижения частоты ФП после КШ (**уровень доказательности В**).

Класс Пв

1. Возможно назначение соталола для снижения частоты послеоперационной ФП (**уровень доказательности А**).
2. Назначение кортикостероидов может быть рассмотрено для снижения риска послеоперационной ФП (**уровень доказательности В**).

У пациентов с послеоперационной ФП повышается риск эмболических осложнений (**доказанность: класс Па, уровень А**) в течение 1-го года после КШ и остается таковым до 2 лет. У пациентов с развившейся послеоперационной ФП возможно назначение антикоагулянтов (**доказанность: класс Па, уровень В**) (Рекомендации по ведению пациентов с ФП обществ АНА/ACC/HRS, 2014 [153]). Антикоагулянтная терапия у пациентов может быть инициирована при сохранении послеоперационной ФП более чем 48 ч (**доказанность: класс Па, уровень А**) (Рекомендации РКО, ВНОА, ACCX, 2012 [149]). Если синусовый ритм восстановлен, то продолжительность применения антикоагулянтов должна составлять как минимум 4 нед (дольше при наличии ФР инсульта) (**доказанность: класс Па, уровень В**) [149]. У больных после КШ с ФП можно рассмотреть целесообразность комбинации антагониста витамина К (варфарина) с одним из антиагрегантов в течение 12 мес. Однако эта стратегия требует тщательного изучения.

В соответствии с согласованной позицией экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ 2015 г. варфарин не может рутинно выписываться после КШ для профилактики проходимости шунтов [63]. Антагонист витамина К (варфарин) показан для длительной терапии больным только в определенных клинических ситуациях: при послеоперационной ФП, высоком риске легочной и артериальной тромбоэмболии или после операций на клапанах сердца (**доказанность: класс III, уровень А**). Новые антикоагулянты (дабигатран, апиксабан, ривароксабан) не изучались у больных после КШ.

7. Общие аспекты вторичной профилактики

Реваскуляризация миокарда должна сопровождаться адекватной вторичной профилактикой, включающей применение лекарственных средств, модификацию ФР и улучшение образа жизни (табл. 11).

Реабилитация и вторичная профилактика (**доказанность: класс I, уровень А**) – необходимые компоненты ведения пациентов после реваскуляризации, так как они снижают риск осложнений, смертность и характеризуются эффективностью затрат. Кардиохирурги должны рекомендовать реабилитацию и вторичную профилактику всем пациентам, перенесшим КШ. Лечение и реабилитацию следует начинать во время госпитализации, когда пациенты обладают высокой мотивацией.

Таблица 11. Рекомендации по модификации образа жизни после КШ

Рекомендация	Доказательность	
	класс	уровень
Всем больным рекомендуется изменение образа жизни (отказ от курения, регулярная ФА, здоровая диета)	I	A
САД у всех пациентов следует поддерживать на уровне <140 мм рт. ст.	Ila	A
ДАД у всех пациентов следует поддерживать на уровне <90 мм рт. ст.	I	A
ДАД при диабете рекомендуется <85 мм рт. ст.	I	A
Рекомендуется при СД целевой уровень HbA _{1c} <7,0%	I	A
Рекомендуется ежедневная аэробная ФА минимум 30 мин	I	A
Рекомендуется при каждом посещении врача оценивать статус курильщика, настаивать на прекращении курения и советовать избегать пассивного курения	I	B
Рекомендуется при каждом посещении врача оценивать ИМТ и/или окружность талии и постоянно поощрять поддержание/снижение массы тела	I	B
Примечание. HbA _{1c} – гликозилированный гемоглобин.		

7.1. Курение

Отказ от курения после КШ снижает частоту развития серьезных ССО, включая ИМ и смерть. Данные исследования CASS (Coronary Artery Surgery Study) продемонстрировали 10-летнюю выживаемость 82% (n=468) больных, отказавшихся от курения после КШ, и только 77% (n=312) – продолжавших курить (p=0,025) [154]. При этом у курящих пациентов чаще рецидивировала стенокардия и имелаась большая потребность в повторных госпитализациях. Подобные благоприятные эффекты отказа от курения были получены в исследовании MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial), в котором влияние отказа от курения на риск ССО оценивалось у 12 866 мужчин в течение 10,5 года наблюдения. Среди курящих риск смерти был в 1,57 раза выше по сравнению с некурящими. Положительный эффект отказа от курения после КШ сохраняется даже через 30 лет после операции [155].

Курение рассматривается как независимый предиктор внезапной сердечной смерти у больных ИБС (ОР 2,47; 95% ДИ 1,46–4,19) [156]. Оно способствует прогрессированию заболевания, развитию окклюзии аутовенозных шунтов и эндотелиальной дисфункции артериальных шунтов. По сравнению с некурящими у курящих в период проведения КШ чаще развиваются легочные осложнения (ателектазы, пневмония), требующие длительной послеоперационной интубации и пролонгированного пребывания в БРИТ, послеоперационные инфекционные осложнения [157, 158]. Даже те пациенты, которые бросают курение непосредственно перед проведением КШ, имеют меньшее число послеоперационных осложнений, чем продолжающие курить [157]. Таким образом, всем курящим пациентам, которым планируется проведение КШ, необходимо рекомендовать прекращение курения до проведения операции.

Прекращение курения – комплексный и трудный процесс, поскольку курение вызывает сильное фармакологическое и психологическое привыкание. Основное направление лечения табакокурения – поддержание установки на отказ от курения, замещение или «компенсация» привычки к курению, выработка

отвращения к табаку (психологического или физиологического), снятие никотиновой абстиненции и симптомов табачной интоксикации.

Наиболее эффективным предиктором успеха в отказе от курения является мотивация, которая может быть повышена посредством предоставления больному профессиональной помощи. Даже такая простейшая мера, как разумный совет врача, способствует стойкому отказу от курения в 10% случаев. Во время операции КШ у больного заметно усиливается желание отказаться от курения, чем необходимо воспользоваться. Именно агрессивное воздействие на курящих больных в ранние сроки после проведения КШ показало большую эффективность в прекращении курения [159]. Консультации больного по отказу от курения, начатые во время его госпитализации, а также дополнительные контакты в течение 1 мес после выписки увеличили вероятность отказа от курения на 65% (95% ДИ 1,44–1,90). Необходимо постоянно мотивировать больного на прекращение табакокурения, особое внимание уделять борьбе с неверными стереотипами (усиление кашля, повышение массы тела и пр.), которые часто являются для больного способом «ухода от проблемы». Очень большую роль может сыграть здесь поддержка семьи, иногда необходима помощь психотерапевта.

В отказе от курения эффективны как индивидуальные, так и групповые занятия с пациентами (контакт врач–пациент, телефонные звонки, компьютерные программы и т.п.). Наилучшей поддержкой является совместный отказ от курения нескольких членов семьи. Мероприятия по отказу от курения, проводимые во время пребывания в больнице, должны быть продолжены после выписки больного для достижения и закрепления успеха.

Для лечения никотиновой зависимости может использоваться никотинзаместительная терапия (НЗТ). К препаратам первого ряда относят никотинсодержащие жевательные резинки, ингалятор и пластыри – трансдермальная никотинсодержащая система [160]. В рандомизированном двойном слепом исследовании показано, что 10-дневный курс трансдермального никотинсодержащего пластыря не увеличивал риск развития ССО среди пациентов с ССЗ [161]. В то же время необходимо проведение дополнительных исследований для определения безопасности НЗТ у курящих пациентов, которым проводится КШ, равно как и оптимальных сроков начала этой терапии в послеоперационном периоде.

Варениклин может утроить шансы курильщика успешно отказаться от курения в течение 1 года [162]. Варениклин в двойном слепом рандомизированном исследовании EAGLES продемонстрировал большую эффективность в прекращении курения при сравнении с плацебо, бупропионом и НЗТ в виде никотинового пластыря [163]. В исследовании EVITA (Evaluation of Varenicline in Smoking Cessation for Patients Post-Acute Coronary Syndrome) у пациентов с ОКС варениклин по сравнению с плацебо эффективно способствовал прекращению курения или снижению количества выкуриваемых сигарет у продолжающих курить [164]. При этом риск главных ССО при применении варениклина был сопоставим с плацебо. В метаанализе 22 исследований варениклина было установлено, что нет достоверного повышения сердечно-сосудистых нежелательных явлений, которые бы связывались с применением варениклина [165].

Установлено, что электронные сигареты не показали снижения частоты прекращения курения [166].

Таблица 12. Рекомендации по питанию для профилактики ССЗ

Рекомендации по здоровому питанию	Доказательность	
	класс	уровень
Здоровая диета является краеугольным камнем для профилактики ССЗ у всех пациентов	I	B
• снижение потребления насыщенных жиров (<10% от суточной калорийности пищевого рациона) путем замены их на моно- и полиненасыщенные жиры		
• максимально возможное ограничение потребления трансжиров (<1% от суточной калорийности пищевого рациона)		
• потребление менее 5 г соли в день		
• потребление 30–45 г пищевой клетчатки (пищевых волокон) в день из цельнозерновых продуктов, фруктов и овощей		
• потребление ≥200 г фруктов в день (2–3 порции)		
• потребление ≥200 г овощей в день (2–3 порции)		
• потребление рыбы, по крайней мере 2 раза в неделю, в один из которых будет жирная рыба		
• ограничение потребления алкогольных напитков до 20 г в день (в пересчете на чистый спирт) для мужчин и до 10 г в день – для женщин		
Рекомендуемое питание как основа профилактики ССЗ действенна при условии, что энергетическая ценность пищи ограничена количеством калорий, необходимых для сохранения (или достижения) здоровой массы тела с ИМТ 25 кг/м ²		

Прекращение курения: рекомендации Класс I

1. Во время госпитализации по поводу КШ все курильщики должны быть консультированы и включены в программы по отказу от курения (**уровень доказательности A**).
2. Курящие пациенты должны получить предложения по дополнительному лечению, направленному на прекращение курения (**уровень доказательности A**).
3. Рекомендуется неоднократно давать совет курильщикам по прекращению курения с предложением использования НЗТ, варениклина, бупропиона в монотерапии или их сочетании (**уровень доказательности A**).
4. Рекомендуется прекращение всех видов курения табака или травяных смесей как выраженной и независимой причины ССЗ (**уровень доказательности B**).
5. Рекомендуется избегать пассивного курения (**уровень доказательности B**).

7.2. Питание

Современная диета, нацеленная на профилактику ССЗ, в том числе у больных, перенесших КШ, включает ограничение калорийности рациона при сохранении баланса между основными пищевыми веществами. Модификация рациона питания направлена на повышенное потребление фруктов и овощей, цельнозерновых злаков и хлеба грубого помола, рыбы (особенно жирных сортов), постного мяса и молочных продуктов с низким содержанием жира, замену насыщенных и трансжиров на мононенасыщенные и полиненасыщенные жиры растительного и морского происхождения (табл. 12).

Поступление общего количества жиров с пищей необходимо уменьшить до 30%, при этом насыщенные жиры должны составлять не более 1/3 от всех жиров. Замена насыщенных жиров мононенасыщенными жирными кислотами обеспечивает положительное действие на уровень ХС ЛВП, а на полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) – снижение уровня ХС ЛНП и в определенной степени повышение уровня ХС ЛВП. Омега-6 ПНЖК содержатся преимущественно в растительной пище, а омега-3 ПНЖК – преимущественно в рыбьем жире. Эйкозапентаеновая и докозагексаеновая жирные кислоты (ЖК) – наиболее важные представители группы омега-3 ЖК. Эти ЖК не влияют на уровень ХС крови, но имеют кардиопротективные эффекты. В разных исследованиях при использовании низких доз эйкозапентаеновой и докозагексаеновой ЖК было показано снижение смертности от ИБС. Так, увеличение употребления рыбы до 1–2 раз в неделю может снизить смертность от ИБС на 36% и общую смертность – на 17%.

Поэтому рекомендовано употреблять в пищу рыбу не менее 2 раз в неделю, в один из приемов должна быть жирная рыба (скумбрия, палтус, сардины, тунец, лосось, сельдь).

Важно ограничить потребление продуктов, содержащих трансизомеры ненасыщенных ЖК, которые образуются при частичной гидрогенизации растительных масел. Трансизомеры ненасыщенных ЖК повышают уровень ХС ЛНП и снижают концентрацию ХС ЛВП. Метаанализ проспективных исследований показал, что, если 2% энергии пищевого рациона заменить на транс-ЖК, риск развития КБС увеличится на 26% [167]. Поэтому их потребление не должно превышать 1% от общей калорийности пищевого рациона.

В случае повышенного уровня АД следует ограничить потребление соли. По данным метаанализа, даже непродолжительное сокращение потребления поваренной соли до 1 г в день снижает уровень САД на 3,1 мм рт. ст. у пациентов, страдающих АГ, и на 1,6 мм рт. ст. – у лиц с нормальным уровнем АД. Оптимальное потребление поваренной соли ~3 г в день.

Потребление углеводов может варьировать от 45 до 55% от общей калорийности рациона. Потребление простых углеводов рекомендуется заменить сложными, т.е. использовать продукты, богатые клетчаткой и имеющие низкий гликемический индекс, такие как овощи, бобовые, фрукты, орехи, зерновые злаки. Пищевые волокна (особенно растворимого типа), присутствующие в бобовых, фруктах, овощах и цельных злаках, оказывают прямое гиполипидемическое действие. Метаанализ проспективных исследований показал, что ежедневное потребление 7 г пищевых волокон связано со снижением риска КБС на 9% (ОР 0,91; ДИ 0,87–0,94), а 10 г – с уменьшением риска инсульта на 6% (ОР 0,84; 95% ДИ 0,75–0,94) и риска развития СД типа 2 на 6% (ОР 0,94; 95% ДИ 0,91–0,97) [168–170].

Индивидуальную диету больным составляют с учетом имеющихся коморбидных состояний (СД, болезни почек, желудочно-кишечного тракта и пр.) и осложнений ИБС, в первую очередь при наличии СН.

7.3. Контроль массы тела

Распространенность ожирения среди пациентов, подвергшихся операции КШ, сопоставима с популяционными и составляет от 20 до 33% [171, 172]. При ИМТ от 25 до 29,9 кг/м² масса тела считается избы-

точной, а при ИМТ ≥ 30 кг/м² диагностируется ожирение. Предполагается, что региональное распределение жировой ткани имеет большее значение в определении сердечно-сосудистого риска, чем общая масса тела.

Ожирение рассматривается как предиктор развития неблагоприятных событий после реваскуляризации миокарда, независимый предиктор увеличения послеоперационной смертности у больных, направляемых на КШ, а также рецидива стенокардии и поздних ИМ (Рекомендации по КШ АСС/АНА, 2004) [173]. Следует помнить, что наличие висцерального, прежде всего эпикардального ожирения, может привести к стеатозу миокарда, его липотоксическому повреждению с развитием интерстициального фиброза и ХСН [174, 175]. Важно понимать, что при ожирении увеличивается риск собственно постоперационных осложнений, таких как диастаз грудины, посткардиотомный синдром, раневые инфекции [176].

У больных после КШ помимо ИМТ следует оценить выраженность абдоминального ожирения путем измерения окружности талии (**доказанность: класс Па, уровень С**) (Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]). Снижение массы тела рекомендовано больным с ожирением или окружностью талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин (**доказанность: класс I, уровень А**) [177, 178]. При избыточной массе тела или окружности талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин не следует их увеличивать, рекомендуется продолжать контроль.

Основные пути нормализации массы тела – диета с пониженной калорийностью, повышение ДА (ходьба в умеренно ускоренном темпе не менее 1 ч в день, использование велотренажеров, бегущей дорожки, ЛФК) и изменение образа жизни. Пациентам с ИБС с избыточной массой тела (ИМТ ≥ 27 кг/м²) или ожирением, ассоциированными с коморбидными состояниями, рекомендовано назначение медикаментозной терапии.

Несмотря на лимитирующее количество данных, оценивающих полезность снижения массы тела после КШ, в целом снижение можно рекомендовать больным с избыточной массой тела и ожирением.

В то же время ретроспективные наблюдательные исследования, оценивающие связь потери массы тела с исходами КШ, показали парадоксальный эффект – худший исход среди пациентов с потерей массы тела после КШ [179]. Иногда потеря массы тела может быть обусловлена коморбидными состояниями (СН, рак, ХОБЛ), которые сопряжены с худшей выживаемостью.

7.4. Контроль АД

У больных, перенесших КШ и страдающих АГ, уровни АД должны хорошо контролироваться, поскольку риск развития повторных коронарных событий зависит от величины АД. АГ до КШ встречается у 80% пациентов по данным регистра REACH [180].

Целевой уровень АД должен быть ниже 140/ниже 90 мм рт. ст. У больных ИБС следует помнить о пороговом значении уровня ДАД (70–75 мм рт. ст.) и САД не менее 110 мм рт. ст., при котором дальнейшее снижение АД может сопровождаться ухудшением течения заболевания.

Для контроля уровня АД наряду с общепринятыми немедикаментозными вмешательствами (снижение потребления соли, повышение ФА и нормализация ИМТ) предпочтение отдается антигипертензивным

препаратам, необходимым больным после КШ и по другим показаниям (ИАПФ, БРА, антагонисты кальция). Терапия БАБ для контроля АД у больных после КШ (при отсутствии перенесенного ИМ, дисфункции ЛЖ, постоперационной ФП или стенокардии) может рассматриваться, но другие антигипертензивные препараты могут быть более эффективными и лучше переносимыми (**доказанность: класс IIb, уровень В**) (Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015 [63]). Назначение диуретиков может также рассматриваться у оперированных пациентов с АГ для последующего снижения АД, особенно в комбинации с ИАПФ/БРА.

Назначаемая больному после КШ антигипертензивная терапия должна быть индивидуальной для каждого пациента с учетом имеющихся у него противопоказаний.

7.5. Контроль гликемии

Гипергликемия часто встречается в постоперационном периоде, особенно когда операция выполняется в условиях искусственного кровообращения. Интраоперационная гипергликемия увеличивает риск смерти у больных СД, а также у больных при отсутствии диабета [181]. Ретроспективный анализ исследований (n=409) показал, что гипергликемию можно рассматривать как независимый фактор развития интраоперационных и постоперационных осложнений, включая смерть (на каждые 100 мг/дл роста концентрации глюкозы в крови в течение операции риск увеличивается на 34%) [182].

Показано, что у пациентов, подвергшихся АКШ, использование постоянной внутривенной инфузии инсулина до достижения относительно стабильного контроля гликемии (6,6–9,9 ммоль/л или 120–180 мг/дл) независимо связано с меньшей смертностью и меньшим числом больших осложнений, которые возникали после более строгого (<6,6 ммоль/л или <120 мг/дл) или слабого (>9,9 ммоль/л или >180 мг/дл) контроля гликемии [183].

В исследовании BARI 2D (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes) у пациентов, получавших для контроля глюкозы крови средства повышения чувствительности к инсулину или собственно инсулин в достаточном количестве, клинические исходы оказались сравнимыми [184].

Контроль гликемии: рекомендации:

Класс I

1. Применение внутривенной инфузии инсулина в достижении и поддержании концентрации глюкозы в крови в раннем послеоперационном периоде в пределах 9,9 ммоль/л и менее или 180 мг/дл и менее уменьшает риск развития нежелательных эффектов, включая раневые инфекции грудины (**уровень доказательности В**).

Класс IIb

1. Применение внутривенной инфузии инсулина для достижения концентрации глюкозы в крови менее 140 мг/дл или менее 7,7 ммоль/л имеет неопределенную эффективность (**уровень доказательности В**).

Итак, результаты большинства исследований свидетельствуют о необходимости оптимизировать контроль глюкозы у больных до оперативного вмешательства (ESC/EASD – Европейская ассоциация по изучению сахарного диабета: Рекомендации по СД, предиабету и ССЗ, 2013) [185]. Измерение концентрации HbA_{1c} до операции может помочь оценить адекватность контроля гликемии до операции и иденти-

фицировать пациентов с риском развития постоперационной гликемии [186].

HbA_{1c}, согласно действующим рекомендациям, должен быть в пределах 7,0% и менее у большинства больных СД обоих типов, но с оговоркой учета индивидуальных особенностей пациента (**доказанность: класс I, уровень А**) [185].

Известно, что пациенты с СД имеют менее благоприятный исход после КШ, чем пациенты без диабета [187]. При СД в более ранние сроки наблюдаются ухудшение проходимости шунтов и более быстрое прогрессирование атеросклероза в нативных коронарных артериях [188]. Во многом это связано с плохим контролем гликемии у больных диабетом. J.Sabik и соавт. показали, что СД является независимым фактором риска повторных оперативных вмешательств у больных после КШ [189]. При этом пациенты, леченные инсулином или пероральными сахароснижающими препаратами, имели одинаково высокий риск повторных реваскуляризаций. Неясно, можно ли степень контроля глюкозы в крови рассматривать в качестве независимого предиктора проходимости венозных шунтов.

После КШ длительный контроль глюкозы в крови должен быть оптимизирован не только у больных, страдающих СД. Цель HbA_{1c} <6,5% может рассматриваться, если лечение диабета не связано с гипогликемическими эпизодами, а для пожилых пациентов и тех, кто склонен к гипогликемии, цель HbA_{1c} может быть менее строгой – до 8% (ADA – Американская ассоциация СД: Стандарты медицинской помощи при СД, 2013) [190].

Подробная информация о сахароснижающих препаратах представлена в Рекомендациях EASD/ESC по диабету, предиабету и ССЗ, 2013 [185].

8. Психологический аспект реабилитации

У больных ИБС после операции КШ могут наблюдаться различные по характеру и степени выраженности нарушения психической сферы, которые нередко принимают затяжной и стойкий характер, что отрицательно сказывается на личности больного, его семейной, бытовой и трудовой адаптации.

На психический статус оперированных больных оказывают влияние разные факторы:

- клиничко-анамнестические (возраст, длительность и тяжесть основного заболевания, перенесенные ИМ, инсульты, сопутствующая патология и др.);
- связанные с оперативным вмешательством (предоперационная подготовка, длительность искусственного кровообращения и наличие осложнений, связанных с использованием аппарата искусственного кровообращения, выраженность послеоперационных осложнений);
- психические и психологические (преморбидные особенности личности, реакция пациента на операцию, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, курение и др.).

В коррекции психопатологических реакций у больных должны играть активную роль психолог, психотерапевт, лечащий врач и весь обслуживающий медицинский персонал. Выявить патологическую реакцию на болезнь, особенно депрессию, не всегда просто ввиду различных характерологических особенностей личностей больного. Тщательное наблюдение за больными при ежедневных беседах, выполнении процедур, бытовых контактах может дать много важной информации для диагностики патологических состояний.

У оперированных пациентов выявляются следующие типы личностных реакций: адекватные (нормальные) и психопатологические – кардиофобическая, тревожно-депрессивная, ипохондрическая, истерическая, анозогнозическая.

Реакция на кардиохирургическое вмешательство расценивается как адекватная, если поведение пациента, его переживания и концепция болезни соответствуют полученной от врача информации об оперативном лечении ИБС, возможных осложнениях, прогнозе жизни и трудоспособности. При этом у больного есть понимание важности соблюдать режим, следовать советам врача, выполнять рекомендации по медикаментозной терапии, ФА и реабилитации, контролировать свои эмоции. Следует отметить, что начало психических нарушений обычно постепенное и нередко оказывается незаметным для персонала, хотя предвестники обычно присутствуют. Как правило, возникают нарушения сна, возбужденность больного, очень часто – манифестация или усиление симптоматики в ночное время.

При выявлении психопатологической симптоматики ставят диагноз одной из перечисленных ниже **патологических реакций**. Для **кардиофобической реакции** наиболее характерен страх перед смертью, развитием ИМ, возвратом стенокардии. **Депрессивные реакции** характеризуются прежде всего снижением настроения, пессимистической оценкой прогноза, пациент напряжен, часто «уходит в себя». **Тревожность** определяет внутреннюю напряженность, предчувствие надвигающейся беды, часто двигательное беспокойство, постоянное переживание событий. При **ипохондрической реакции** имеют место постоянная переоценка своего состояния, чрезмерная фиксация на состоянии своего здоровья. Характерным для **истерической реакции** являются эгоцентризм, демонстративность, стремление привлечь к себе внимание окружающих и вызвать их сочувствие, эмоциональная лабильность. При **анозогнозической реакции** отмечается отрицание болезни с игнорированием лечебных рекомендаций и грубыми нарушениями режима. Чаще всего психопатологические реакции носят смешанный характер, например тревога и депрессия присутствуют одновременно в 70% случаев (тревожно-депрессивный синдром).

В динамике нервно-психического состояния оперированных больных следует выделить 3 периода (при отсутствии выраженных осложнений).

1. **Астеноневротический** (2–4-е сутки после операции): больные вялы, заторможены, избегают лишних движений, наблюдаются замедленные восприятия и осмысление, неточность ориентировки во времени, затрудненное запоминание, сонливость, истощаемость; в эмоциональном состоянии преобладают апатия, безразличие к окружающему. Основные жалобы в этот период – на боль в области послеоперационной раны, тяжесть в грудной клетке при дыхании, сердцебиение.
2. **Неврозоподобный** (4–15-й день после операции): отмечаются повышенная активность, исчезновение вялости, апатичности, сонливости; нарастают число жалоб, двигательное беспокойство, часто выявляется синдром раздражительной слабости с общей гиперестезией, повышенной раздражительностью, капризностью, эмоциональной лабильностью, склонностью к слезам. Жалобы разнообразны, обусловлены в основном опасением за состояние своего здоровья; фиксация внимания на болезненных ощущениях, стремление «прислуши-

ваться» к деятельности сердца. В ситуации осложненного течения послеоперационного периода вероятность возникновения патологических реакций увеличивается вплоть до развития психозов экзогенного типа, могут возникнуть шизофреноподобные и параноидные психозы.

3. **Период обратного развития** неврозоподобных нарушений (1–3-й месяц после операции): динамика психического состояния тесно связана с изменениями соматической сферы; наблюдается уменьшение числа жалоб или полное отсутствие их, а у ряда больных могут сохраняться остаточные явления патологических реакций.

Независимо от периода развития психопатологической реакции, ее вида, а также при отсутствии таковой, у 1/2 оперированных больных отмечаются нарушения памяти и внимания, расстройства сна.

Основными задачами реабилитации на стационарном этапе являются: формирование у пациента адекватного отношения к своему состоянию, снятие психоэмоционального стресса, обусловленного операцией, терапия невротических и неврозоподобных состояний, формирование оптимистических социальных установок, обучение способам психической саморегуляции.

Для коррекции нервно-психических нарушений можно применять специальные методики психотерапевтического воздействия (гипносузгестия, аутогенная тренировка, метод «рассудочной терапии» и мотивированного внушения). Лечащему врачу необходимо пользоваться такими приемами психотерапии, как словесное убеждение и разъяснение. Целесообразны организация и проведение тематических бесед и лекций. Необходимо помнить об оформлении интерьера отделения, организации проведения досуга больных, использовании наглядной агитации. При наличии соответствующих возможностей – проведение трудотерапии.

Вовлечение больных после КШ в программы физической реабилитации существенно улучшает нервно-психическое состояние пациента. Снятию психоэмоционального стресса, успокоению и расслаблению больного способствуют также массаж и физиотерапевтические процедуры (электросон и др.). Медикаментозная терапия с целью коррекции нервно-психических состояний является разнообразной и зависит от вида психопатологического синдрома.

У больного после КШ следует постоянно формировать оптимистический, но вместе с тем реальный взгляд на будущее, выработать установку на возвращение к полноценной и активной жизни.

8.1. Влияние эмоциональных расстройств на результаты коронарного шунтирования

Отрицательное влияние эмоциональных расстройств и когнитивных нарушений после КШ на риск смерти в периоперационный период и плохую приверженность мерам вторичной профилактики хорошо известно. Выявление психоэмоциональных расстройств и их профилактика могут значительно улучшить исходы после КШ.

Наличие депрессивных симптомов как до КШ, так и их усиление в послеоперационном периоде ухудшает физическое состояние больного, его психосоциальное функционирование, снижает качество жизни после операции, повышает риск постоперационной смерти и развитие других ССО (СН, ИМ, потребность в повторной реваскуляризации миокарда) [191, 192].

Пациенты ($n=309$), у которых депрессивные расстройства выявлялись до выписки из стационара, имели выше (в 3 раза) риск ССО (СН, требующей госпитализации, ИМ, остановка сердца, потребности в повторной реваскуляризации миокарда, сердечной смерти) [193]. Депрессия после КШ рассматривается как предиктор развития рецидивов стенокардии в течение 5 лет после операции [191, 193].

По данным ряда исследований, первичным фактором развития депрессии после КШ является ее наличие до операции. По результатам многофакторного анализа 817 пациентов Медицинского центра Университета Дьюка (Duke University Medical Center) наличие любой степени депрессии до операции и продолжавшейся последующие 6 мес после нее сопровождалось повышением риска смерти [194]. Сама операция КШ редко является самостоятельной причиной появления депрессии у пациентов, которые ранее ею не страдали. По данным L.Borowicz и соавт., у 1/2 пациентов, имеющих депрессию до КШ, после операции отмечалось ее отсутствие и только у 9% больных, не страдавших депрессией ранее, она развивалась после вмешательства [193]. Распространенность депрессии через 1 год после проведения КШ составила 33%, что аналогично распространенности ее среди лиц, перенесших другие «большие» операции. Пациенты, ясно представляющие необходимость лечения своего заболевания, менее склонны к депрессии или тревоге после проведения КШ [195].

Не было отмечено никакой разницы в частоте развития эмоциональных нарушений при проведении КШ с использованием и без использования искусственного кровообращения [196].

Больные, перенесшие КШ, должны находиться под наблюдением мультидисциплинарной команды специалистов (кардиолога, кардиохирурга, кардиолога-реабилитолога, психотерапевта, психиатра, невролога, клинического психолога и т.д.) с целью раннего выявления и коррекции психологических расстройств еще в предоперационном периоде.

Показано скрининговое обследование больных на наличие симптомов депрессии с использованием Шкалы Бека, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Данное обследование может проводиться лечащим врачом. Если после проведения КШ выявляется клинически выраженная депрессия, то могут быть полезными когнитивно-поведенческая терапия или любые другие групповые занятия (школы), направленные на уменьшение объективных показателей интенсивности депрессии (**доказанность: класс IV, уровень В**).

Участие пациента после КШ в кардиореабилитационных программах может уменьшать симптомы постоперационной депрессии [197].

Необходимость использования медикаментозной коррекции депрессий (обычно используются современные антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина) определяется строго индивидуально мультидисциплинарной командой с участием психотерапевта и психиатра. Хотя вмешательство при депрессивных и тревожных расстройствах чаще инициируется постоперационно, их коррекция на стадии подготовки больного к операции (т.е. на стадии преабилитации) улучшает качество жизни и психоэмоциональное состояние больного, уменьшает выраженность болевого синдрома [198, 199].

Эмоциональные расстройства после КШ: рекомендации Класс IIa

1. Пациенты, подвергнутые КШ, должны быть скринированы на наличие симптомов депрессии с целью оказания им медицинской помощи (**уровень доказательности В**).
2. Пациентам, подвергнутым КШ, при выявлении симптомов депрессии и других психоэмоциональных расстройств должна быть оказана медицинская помощь специалистами – психотерапевтом, психиатром (**уровень доказательности В**).

8.2. Послеоперационный делирий

Частота развития послеоперационного делирия после операции КШ составляет менее 10%, что сопоставимо с воздействием некардиохирургических вмешательств. ФР развития послеоперационного делирия для кардиохирургических и некардиальных операций не имеют различия и включают пожилой возраст, существующие когнитивные нарушения и сосудистые заболевания [200, 201]. Интраоперационная церебральная микроэмболия не является предиктором наличия или тяжести послеоперационного делирия [202].

Развитие послеоперационного делирия ассоциируется со снижением функциональной способности через 1 мес, краткосрочным ограничением когнитивных функций и риском поздней смертности [202–204].

8.3. Послеоперационные когнитивные нарушения

Проблема нейрокогнитивного дефицита после кардиохирургических вмешательств имеет огромное социальное и экономическое значение. Когнитивные расстройства в послеоперационном периоде проявляются снижением внимания, замедлением психомоторных реакций, а также умеренным снижением памяти, влияющим на качество жизни пациентов.

Краткосрочные когнитивные нарушения возникают у 30% пациентов после КШ с использованием искусственного кровообращения [205, 206]. В нескольких исследованиях после проведения КШ на работающем сердце отмечалась более низкая распространенность краткосрочного когнитивного дефицита [207]. В то же время в большинстве работ не находят достоверных отличий в количестве неврологических осложнений и послеоперационного когнитивного дефицита у пациентов, которым проведено АКШ с искусственным кровообращением и без него.

Уровень распространенности нейрокогнитивного дефицита зависит от времени послеоперационного обследования и выбора критериев для оценки снижения когнитивных функций. Краткосрочные когнитивные нарушения также регистрируются у пациентов пожилого возраста при проведении некардиальных вмешательств под общей анестезией [208]. ФР краткосрочного послеоперационного когнитивного дефицита включают в себя существующие цереброваскулярные заболевания, заболевания центральной нервной системы и когнитивные нарушения [209].

В исследованиях показано, что большинство пациентов не страдают снижением когнитивных функций после КШ [208]. У тех же, кто имеет послеоперационные когнитивные изменения, они, как правило, носят легкий характер и у большинства пациентов разрешаются в течение 3 мес после опе-

рации [210]. Выполненные исследования позволяют предположить, что снижение когнитивных функций в более поздние сроки не связано с операцией КШ [211]. Данные рандомизированных клинических исследований свидетельствуют об отсутствии зависимости развития поздних когнитивных нарушений после операции КШ от условия ее выполнения (с использованием искусственного кровообращения или на работающем сердце) [212].

9. Методы физио- и бальнеотерапии в реабилитации после коронарного шунтирования

Достоверных данных, указывающих на снижение летальности или числа госпитализаций при применении физиотерапевтических методов, не имеется. Тем не менее физиотерапия у больных, перенесших КШ, может применяться по показаниям при наличии сопутствующих заболеваний в качестве симптоматической помощи [213]. Наличие коморбидности у больных КШ достигает 30–60%, особенно у лиц пожилого возраста.

В данные «Рекомендации...» включены результаты по оценке эффективности методов физио- и бальнеотерапии пациентов после реваскуляризации миокарда, соответствующие «классу I рекомендаций и уровню доказательности В», которые основываются на данных большинства экспертов в этой области.

9.1. Усиленная наружная контрпульсация

Усиленная наружная контрпульсация проводится на III этапе кардиореабилитации с использованием аппарата для усиленной наружной контрпульсации. Длительность процедуры: 1 ч, 1 раз в день, в течение 30 дней. Манжеты накладываются вокруг голеней, нижней и верхней частей бедер и ягодиц пациента и наполняются воздухом синхронно с сердечным циклом пациента в диастолу, давление в манжетах – 220 мм рт. ст.

Показания: сниженная толерантность к ФН у оперированных пациентов; рецидив стенокардии после перенесенного АКШ, ЧКВ, стенокардия напряжения III–IV ФК, в том числе и резистентная к консервативной терапии; компенсированная ХСН II–III ФК (по NYHA); невозможность выполнения повторного оперативного (АКШ) и эндоваскулярного вмешательства, в частности в связи с диффузным поражением коронарных артерий, их дистального русла или наличием мелких, несунтабельных артерий, а также высоким риском осложнений; в качестве подготовки к повторному оперативному лечению.

Противопоказания: недавно проведенная (1–2 нед назад) катетеризация сердца (с целью исключения возможности кровотечения из места пункции); аритмия, способная повлиять на синхронизацию контрпульсации с ЭКГ, например ФП, желудочковая тахикардия; СН, резистентная к терапии у больных с ФВ ЛЖ < 30%; аортальная недостаточность; заболевания бедренных артерий; тромбофлебиты и/или флебиты, так как высок риск развития тромбозов; варикозная болезнь вен нижних конечностей; высокие уровни АД (>180/110 мм рт. ст.), так как повышение ДАД может грозить различными осложнениями; выраженные хронические заболевания легких; коагулопатии, лечение антикоагулянтами с протромбиновым временем более 15 с (возможно кровотечение в месте давления манжеты); высокая легочная гипертензия; аневризма грудной или брюшной аорты.

9.2. Аппаратная физиотерапия

Различные методы физиотерапии преследуют цель улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой и нервной систем.

9.2.1. Низкоинтенсивное лазерное излучение

Клинически у больных после хирургической коррекции лазеротерапия оказывает противовоспалительное действие и уменьшает такие болевые проявления, как кардиалгии, корешковые боли при остеохондрозе, болевые проявления плекситов, боли в области послеоперационных рубцов.

Низкоинтенсивное лазерное излучение рекомендуется пациентам:

- в ранние сроки после хирургической реваскуляризации миокарда при отсутствии серьезных внутри- и послеоперационных осложнений;
- с наличием выраженных болей в послеоперационных швах, корешковых болей, болевых проявлений плекситов, воспалительных послеоперационных проявлений в области послеоперационных рубцов;
- с оставшейся стенокардией при удовлетворительном состоянии сократительной функции миокарда, относительной сохранности коронарного, аэробного и миокардиальных резервов.

Учитывая, что низкоинтенсивное лазерное излучение мало влияет на гемодинамические аспекты, возможно его применение у самых тяжелых категорий больных ИБС. Улучшение функционального состояния миокарда происходит у этих больных вследствие воздействия на рефлексогенные зоны сердца и улучшения состояния микроциркуляции, что, возможно, усиливает перфузию миокарда.

Методика применения процедур – контактная, стабильная. Длина волны непрерывного инфракрасного излучения – 0,85 мкм, суммарная выходная мощность двух излучателей с магнитными насадками – 30 мВт, магнитная индукция постоянного магнитного поля – 50 мТл. Частота следования импульсов – 50–100 Гц. Воздействие осуществляют по стабильной методике на три поля: область верхушки сердца, среднюю треть грудины и левую подлопаточную область. Время воздействия на каждое поле: по 1 мин с 1 по 5-ю процедуру и по 2 мин – с 6 по 10-ю процедуру. Курс лечения – 10 ежедневных процедур.

9.2.2. Синусоидальные модулированные токи

Синусоидальные модулированные токи благоприятно воздействуют на ССС больных, оперированных по поводу ИБС. Под действием синусоидальных модулированных токов отмечаются улучшение метаболизма и трофики тканей, снижение влияния симпатической иннервации. Под влиянием этих токов уменьшаются боли в грудной клетке, обусловленные травмой тканей во время операции (невралгии, артралгии, кардиалгии и др.). Синусоидально-модулированные токи показаны через 14–18 дней после КШ.

Методика применения процедур синусоидальных модулированных токов. Назначают со следующими параметрами токов: режим III–IV, режим работы – 2 мин, частота модуляции – 70–100 Гц, глубина – 50%. В одну процедуру можно воздействовать не более чем на 3 поля. Воздействие проводят вначале паравертебрально на стороне поражения на C_v–Th_{iv}, а затем на левое плечо. Процедуры проводят ежедневно или через день, с общим количеством на курс – 12–14.

9.2.3. Низкочастотное магнитное поле

Низкочастотное магнитное поле при воздействии паравертебрально на уровне сегментов C_{VI} – Th_{II} в определенной степени увеличивает сократительную функцию миокарда, вызывает экономизацию сердечной деятельности при выполнении невысоких ФН (у больных в ранние сроки после АКШ отмечается, как правило, ослабление сократительной функции сердца при сочетании с «нагрузочной» для них послеоперационной тахикардией).

Низкочастотное магнитное поле – метод выбора для утяжеленной группы больных, у которых реабилитация методами ЛФК, бальнео- и физиотерапии должна быть отодвинута на более поздние сроки. Включение в реабилитационный комплекс этих больных низкочастотного магнитного поля в щадящем режиме подготавливает их к участию в программах физической реабилитации. Низкочастотное магнитное поле содействует устранению послеоперационных осложнений, затрудняющих начало активных реабилитационных мероприятий, таких как травматические плевриты, невралгии, обострение остеохондроза.

Методика применения процедур: низкочастотное магнитное поле воздействует паравертебрально на уровне сегментов C_{VI} – Th_{II} от аппарата «Полюс-1», выходная индуктивность – 35 мТл, применяются цилиндрические индукторы с разноименными полюсами с зазором между ними 5–7 см. Длительность экспозиции – 15 мин. Процедуры проводятся ежедневно, на курс 15–20 процедур.

9.3. Бальнеотерапия

9.3.1. «Суховоздушные» углекислые ванны

Эти ванны показаны больным ИБС I, II, III ФК, в том числе с сопутствующей АГ, облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей и терминального отдела брюшной аорты, СН II ФК по NYHA. К противопоказаниям относятся: нестабильная стенокардия и острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения, стабильная стенокардия IV ФК, нарушения сердечного ритма, СН III–IV ФК по NYHA, острые тромбозы, остаточные явления пневмонии, плевриты, выраженные миалгии, артралгии и резкое обострение остеохондроза.

Методика применения процедур: «суховоздушные» углекислые ванны проводятся в специальной установке для проведения проточных «сухих» углекислых ванн объемом 600 л, температура увлажненного углекислого газа – 32°C, скорость подачи – 15 л/мин, продолжительность процедуры – 15 мин, курс лечения – 10 процедур: 5 ежедневных процедур с двухдневным интервалом отдыха от них.

9.3.2. Воздушно-радоновые ванны

Воздушно-радоновые ванны стимулируют компенсаторно-восстановительные процессы, оказывают обезболивающее действие, улучшают функциональное состояние ССС. **Воздушно-радоновые ванны можно рекомендовать больным:** со стенокардией I–II ФК, в том числе с умеренно сниженной сократительной функцией миокарда; кардиалгией, в том числе связанной с послеоперационным перикардитом, при диастазе грудины, послеоперационных плевритах, пневмониях; выраженными болями в послеоперационных рубцах, обострениями остеохондроза с радикулярным синдромом и болевыми проявлениями плекситов.

Использование воздушно-радоновых ванн в ранние сроки после АКШ у пациентов с резко сниженной сократительной функцией миокарда, послеоперационным тромбозом шунтов нецелесообразно ввиду их неэффективности.

9.4. Лечебный массаж

Лечебный массаж после КШ применяют для снижения болевого синдрома как последствия стернотомии, снятия напряженности в мышцах спины, грудной клетки, а также для рассасывания инфильтратов и стимуляции регенеративных процессов, активизации капиллярного кровообращения, повышения газообмена в органах и тканях.

Используется дифференцированная методика массажа всей грудной клетки (за исключением области послеоперационного рубца) у больных ИБС после КШ и резекции аневризмы сердца, продолжительность процедуры – 12–15 мин. На курс лечения назначают 10–12 процедур. Используют все приемы классического массажа (поглаживание, растирание, непрерывистая лабильная вибрация).

Массаж показан больным ИБС I, II, III ФК, перенесшим КШ. Противопоказаниями являются нестабильная стенокардия, стенокардия IV ФК, СН выше II ФК, острые флебиты и тромбозы, медиастенит, лихорадочное состояние, кожная гиперестезия.

После процедуры массажа больные отдыхают не менее 40–60 мин. Длительность процедуры массажа увеличивают к середине курса постепенно: спина – от 7 до 12 мин, передняя поверхность грудной клетки – от 5 до 6 мин. На курс назначают 10–15 процедур.

В один и тот же день массаж сочетают с лечебной гимнастикой, интервал между процедурами должен быть не менее 1 ч. При поэтапном применении физических факторов и массажа последний назначают ежедневно.

10. Санаторно-курортное лечение после коронарного шунтирования

В рамках III этапа кардиореабилитации через 6 мес и более после операции при отсутствии стенокардии или со стенокардией I–II ФК, в состоянии компенсации или СН не выше I ФК по NYHA, без нарушений сердечного ритма и проводимости показано лечение как в местных кардиологических санаториях, так и на бальнеологических (кроме расположенных в горных климатических местностях) и климатических курортах (кроме горных). Больным с аналогичными состояниями, но со стенокардией напряжения III ФК, а также в сочетании с гипертонической болезнью не выше II стадии лечение возможно только в местных кардиологических санаториях.

11. Восстановление сексуальной активности после перенесенного коронарного шунтирования

11.1. Влияние коронарного шунтирования на сексуальную активность

Сексуальная активность после КШ может ухудшаться из-за предоперационных функциональных нарушений, клинических симптомов, переживаний, плохого самочувствия, психологических расстройств (тревоги, депрессии) [214]. Возвращение к сексуальной активности после КШ у пациента сопряжено с определенными трудностями и является более значимой проблемой, чем до операции, когда имела стенокардия [215]. Независимыми предикторами

ми сексуальных расстройств после КШ являлись сексуальные проблемы в предоперационном периоде, мужской пол и СД [216].

По данным исследования S.Foruzan-Nia и соавт., операция КШ может оказывать отрицательное влияние на сексуальную функцию мужчин ($n=279$), по крайней мере в первые 3 мес после КШ: до операции сексуальная дисфункция была диагностирована у 20,1% больных, а через 12 нед после операции – у 76,4% ($p<0,0001$) [217]. Встречаемость отдельных видов сексуальных нарушений: импотенция до операции имела у 6,5% больных, а после операции – у 34,8%, преждевременная эякуляция до КШ – у 4,3% и после нее – у 21,5%, потеря либидо до операции – у 9,3% и после нее – у 20,1% больных.

Иная ситуация складывается после КШ у женщин: через 4 мес и 1 год после вмешательства не отмечалось снижения частоты сексуальных контактов. При этом женщины не испытывали неприятных ощущений во время полового акта.

Среди больных, подвергнутых КШ (в первую очередь, среди мужчин) необходимо выявлять тех, у которых после операции появились или усилились какие-либо половые расстройства, и направлять их на консультацию к сексопатологу.

11.2. Сексуальная активность и риск сердечно-сосудистых осложнений

Большинству больных после КШ, способным выполнять ФН, сексуальная активность не противопоказана (Рекомендации АНА «Сексуальная активность и ССЗ», 2012 [218]; Консенсус АНА и ESC по сексуальной активности лиц с ССЗ и их партнеров, 2013 [219]).

При АКШ для полного заживления грудины после вмешательства требуется около 8 нед. Это важный момент, поскольку при сексуальной активности имеют место определенное физическое давление на грудную клетку и повышение внутригрудного давления. Существует единое мнение о целесообразности возобновления пациентом сексуальной активности после АКШ только через 6–8 нед. При этом пациента необходимо предупреждать избегать давления на грудную клетку во время сексуальной активности в течение нескольких месяцев после операции. Оперированный пациент не должен быть активным партнером. После успешной операции КШ и последующей кардиореабилитации к сексуальной активности возвращаются большинство пациентов.

Пациенты после операций, при которых используются менее травматичные доступы к сердцу и ее сосудам (robot-assisted surgery или less-invasive surgical procedure), могут возобновить сексуальную активность несколько быстрее, чем пациенты после срединной стернотомии.

Сексуальная активность: рекомендации Класс IIa

1. Пациенты, успешно перенесшие КШ, могут возобновить свою сексуальную активность (**уровень доказательности В**).
2. После операции АКШ сексуальная активность пациентам разрешается через 8 нед при условии заживления грудины после стернотомии (**уровень доказательности В**).
3. Кардиологическая реабилитация с включением регулярных ФТ у пациентов после КШ снижает риск ССО вследствие сексуальной активности (**уровень доказательности В**).

У пациентов с неполной реваскуляризацией миокарда (или недостаточностью шунта) после КШ следует проводить нагрузочную пробу для оценки переносимости ФН и выраженности остаточной ишемии. Нагрузочный тест – один из методов, позволяющий правильно оценить клиническое состояние пациента и определить риск развития ССО при сексуальной активности. Выполнение пробы с ФН дает ценную информацию об уровне ФРС пациента и указывает на возможный и безопасный возврат больного к сексуальной активности после КШ.

Пациентам, достигшим от 3 до 5 МЕ при тесте с ФН (с повышением ЧСС до 120–130 уд/мин и уровня САД – до 170 мм рт. ст.) без клинических симптомов (приступа стенокардии, выраженной одышки, цианоза, гипотонии), ишемических изменений ST-сегмента или аритмии, сексуальная активность разрешается (**доказательность: класс IIa, уровень В**). Для больных ИБС уровень энерготрат в пределах 3–4 МЕ при ВЭМ-пробе соответствует мощности от 50 до 100 Вт (в среднем 75 Вт) по классификации Д.М.Аронова (1983 г.). В период сексуальной активности пациент выполняет ФН, сопоставимую с прохождением 1 мили (=1,6 км) за 20 мин или подъемом на 2 пролета лестницы (20 ступеней) за 10 с.

Те пациенты, у которых в ответ на ФН развивается приступ стенокардии, перед сексуальной активностью в профилактических целях (за 30 мин) должны использовать нитроглицерин или другие антиангинальные средства (**доказательность: класс I, уровень В**).

В целом, пациенты с ССЗ должны быть хорошо отдохнувшими в период сексуальной активности, избегать несемейной обстановки и случайных партнеров во время сексуальной активности, не переедать и не употреблять алкоголя до сексуальной активности и использовать положения, которые не ограничивают дыхание, что важно при ряде сердечно-сосудистых патологий (Консенсус АНА и ESC по сексуальной активности лиц с ССЗ и их партнеров, 2013 [219]).

Пациентам с ФП или трепетанием предсердий сексуальная активность разрешается только при хорошем контроле частоты сокращений желудочков (**доказательность: класс IIa, уровень С**) [220]. У пациентов с ФП, которая является спонтанной или индуцируется ФН, а также имеющих плохо контролируемую частоту сокращения желудочков, сексуальная активность должна быть отложена до достижения состояния оптимального контроля (**доказательность: класс III, уровень С**).

11.3. Сексуальная активность и обучение пациента

Нарушение сексуальной активности после КШ в определенной степени может быть обусловлено не только психологическими факторами, но и отсутствием у пациента какой-либо информации о правильном сексуальном поведении. Участие пациентов в образовательной «Школе для больных...» и программ физической реабилитации помогает справиться с психологическими сложностями – необоснованной тревогой и депрессией. Несмотря на то что консультирование пациентов и их партнеров в отношении сексуальной активности – важный элемент кардиореабилитации, в клинической практике такая помощь оказывается очень редко [221].

Во многом отказ от обсуждения данной проблемы связан с отсутствием элементарных знаний и ограничением времени врача. Проведенные иссле-

дования показали, что большинство пациентов и их партнеров не владеют знаниями в отношении вопроса сексуальной активности и не информированы, когда они могут возобновить ее после КШ. Партнеры пациента, как правило, часто испытывают тревогу в отношении сексуальной активности, что может негативно сказаться в целом на сексуальной активности пары.

Врачу следует помнить, что обсуждение вопросов сексуальной активности после КШ приемлемо и для мужчин, и для женщин независимо от их возраста. Инициатором обсуждения проблемы сексуального поведения должен выступать врач, и данная дискуссия может быть открыта как для пациента, так и его партнера. Рандомизированные исследования продемонстрировали, что консультирование пациентов с ССЗ, в том числе в рамках образовательных «Школ для больных...», по вопросам сексуальной активности расширяет круг их знаний, способствует возврату к нормальной сексуальной активности большего числа больных, увеличивает уверенность в себе и уменьшает страх перед возобновлением сексуальной активности.

Сексуальная активность и обучение больных: рекомендации [219]

Класс I

1. Пациентов и их партнеров или супругов необходимо проконсультировать в отношении возобновления сексуальной активности после проведенных оперативных вмешательств (**уровень доказательности B**).
2. Информация о сексуальной активности должна стать доступной для пациентов (лучше в письменной форме в виде памятки) и их партнеров (**уровень доказательности B**).

11.4. Сексуальная активность и психологический аспект

Известно, что физиологический дистресс и уменьшение сексуальной функции/активности – это тесно связанные между собой процессы, которые являются общими для всех ССЗ [222].

После КШ частота сексуальной активности и удовлетворенность ею нередко снижаются вследствие развития тревоги у части пациентов или их партнеров по поводу возможного утяжеления заболевания или даже смерти вследствие сексуальной активности [216]. Изменения в сексуальной активности ухудшают качество жизни пациента, негативно влияют на его психологическое здоровье и межличностные взаимоотношения. Все это может стать причиной развития клинической тревоги и депрессии.

Депрессия содействует развитию эректильной дисфункции и может быть причиной появления сексуальных проблем у мужчин и женщин [223]. В связи с этим важно своевременно выявлять негативные изменения в психологической сфере пациента и направлять его за помощью к клиническому психологу.

Сексуальная активность и психологический аспект: рекомендации

Класс I

1. У пациента с ССЗ необходимо выявлять симптомы тревоги и депрессии, влияющие на сексуальную активность (**уровень доказательности B**) [224, 225].

11.5. Фармакотерапия при сексуальной дисфункции

Для лечения эректильной дисфункции могут быть рекомендованы ингибиторы фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ-5) при стабильном клиническом состоянии больного: отсутствие тяжелых классов стенокардии, признаков СН выше II ФК, жизнеугрожающих аритмий, неконтролируемой АГ и гипотонии (**доказательность: класс I, уровень A**) (Рекомендации АНА «Сексуальная активность и ССЗ», 2012 [218]).

Ингибиторы ФДЭ-5 вызывают системную вазодилатацию и умеренно снижают уровни САД (≤ 10 мм рт. ст.) и ДАД (≤ 8 мм рт. ст.), которое может быть более выражено у пациентов с ИБС и повышенным уровнем АД, но, как правило, без существенного увеличения частоты побочных эффектов, даже если пациент принимает несколько гипотензивных препаратов [226]. Назначение ингибиторов ФДЭ-5 совместно с гипотензивными препаратами дает скромный аддитивный эффект в снижении уровней АД: в состоянии покоя в среднем на 9/8 мм рт. ст. и в ряде случаев – до 12/5 мм рт. ст. [227].

Крупные исследования и метаанализы не показали связи приема ингибиторов ФДЭ-5 с риском развития ИМ или другими острыми событиями [226, 228–230]. Комбинация органических нитратов (как короткодействующих, включая сублингвальный нитроглицерин, так и длительного действия) или другие донаторы оксида азота с ингибиторами ФДЭ-5 может привести к непредсказуемому и стремительному падению уровня АД из-за синергизма вазодилатационного действия. Следует об этом проинформировать пациента.

Рекомендации при наличии сексуальной дисфункции [218]

Класс III

1. Ингибиторы ФДЭ-5 не должны использоваться у пациентов, получающих нитраты, – противопоказан одновременный прием (**уровень доказательности B**).
2. Нитраты не должны применяться пациентами в течение 24 ч после приема силденафила или варденафила или в пределах 48 ч после приема тадалафила (**уровень доказательности B**) [231].

Пациентам, имеющим показания к приему нитратов, но желающим возобновить сексуальную активность и использовать ингибиторы ФДЭ-5, следует предложить альтернативные препараты антиишемического действия.

Назначая ингибиторы ФДЭ-5 пациентам с ССЗ, следует помнить, что варденафил (но не силденафил или тадалафил) может удлинять интервал QT и поэтому его не следует назначать пациентам с удлиненным (приобретенным или врожденным) интервалом QT, историей фибрилляции/трепетания предсердий или получающим лекарства для удлинения интервала QT (класс IA и III антиаритмических препаратов, т.е. соталол, амиодорон) [218].

12. Оценка трудоспособности и трудоустройство пациентов после коронарного шунтирования

Одной из основных задач операции КШ являются восстановление нормального функционального состояния пациентов, существенное улучшение течения болезни, повышение качества жизни, а также **возобновление профессиональной деятельности** [232].

Больные ИБС, подвергнутые оперативному лечению, как правило, находятся в расцвете сил, и их способность вернуться к работе и активно жить имеет огромное значение как для них самих, так и для общества в целом. Процент возвращения пациентов к труду различается по всему миру в силу таких факторов, как различие систем страхования пациентов, условий на рынке труда, экономическая ситуация в стране [233, 234]. Так, в финском исследовании с участием 141 пациента (12 женщин и 129 мужчин в возрасте до 60 лет), перенесших КШ, установлено, что к работе в течение 5 лет вернулись 85% прооперированных пациентов, но через 10 лет продолжали работать 73% [234]. В австралийском исследовании с участием 2500 пациентов, подвергшихся КШ, выяснилось, что число трудоспособных пациентов сократилось с 56% перед КШ до 42% через 1 год после операции [235]. Причем возвращение к труду работников профессий «голубых воротничков» было значительно ниже, чем у работников профессий «белых воротничков» (46% против 29%; $p < 0,001$). По результатам исследования PERISCOP, число трудоспособных пациентов в 1-й год после КШ составило 67,5% [232]. Значимыми факторами для возвращения к работе являлись молодой возраст, наличие работы перед операцией, время ожидания хирургического вмешательства (период менее 3 мес увеличивал частоту возвращения к труду), отсутствие клинических симптомов и периоперационных осложнений, экономический статус больного. Ряд исследований представил доказательства того, что реабилитация повышает шансы возвращения больного к работе [236, 237].

К сожалению, в России отмечаются факт низкого возврата к труду (от 21 до 60%) и рост инвалидности после хирургического лечения [238–240]. В ряде случаев инициаторами оформления инвалидности выступали участковые врачи поликлиник по месту жительства, а иногда и сами пациенты, мотивированные материальной заинтересованностью. При проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ) объективные данные о ФРС этих пациентов оставались неустраиваемыми [241, 242]. Таким образом, в России показатель возвращения к труду после перенесенного КШ крайне низкий, имеет серьезные колебания в разных регионах и не определяется объективным критерием. Представленные данные свидетельствуют о том, что до сих пор отсутствуют адекватные подходы к оценке трудоспособности пациентов после КШ.

Между тем большие материальные затраты на каждую операцию КШ и постоянное увеличение числа ежегодно проводимых вмешательств являются тяжелым экономическим бременем для общества. Эта ноша была бы значительно легче, если бы стало возможным возмездно вернуть большинство оперированных пациентов в трудовую жизнь.

12.1. Нормативно-правовая база и медико-социальная экспертиза

У всех работающих лиц каждый случай выполненной операции КШ сопряжен с временной, а возможно, и последующей стойкой утратой трудоспособности.

Временная нетрудоспособность – состояние, когда нарушение функций организма, вызванное заболеванием, носит временный и обратимый характер. После проведенного комплекса лечебных мероприятий больной может вернуться к выполнению привычной работы. Оценкой временной нетрудо-

способности занимается лечащий врач и комиссия трудоспособности в лечебном учреждении.

Стойкая нетрудоспособность – состояние, при котором нарушения функций организма, несмотря на проведенное лечение, полностью или частично приняли стойкий и потому необратимый характер, вследствие чего больной вынужден прекратить привычную трудовую деятельность или надолго перейти на более легкую работу с новыми, приемлемыми для организма условиями. Оценкой стойкой утраты трудоспособности у больных занимается МСЭ.

Основными различиями между стойкой и временной нетрудоспособностью у больных ИБС является клинический и трудовой прогноз [243]. *Клинический прогноз* – врачебное предсказание дальнейшего течения и исхода заболевания в отношении жизни и здоровья на основании сформулированного диагноза, оценки общего состояния, ожидаемых результатов лечения и статистических данных, дающих основание судить о вероятности течения заболевания. В связи с этим клинический прогноз больных ИБС зависит от характера поражения коронарного русла, выраженности и обратимости нарушенных функций органов кровообращения, адекватности ответа на проводимое лечение, повышения толерантности к ФН. Влияют на трудовой прогноз развитие осложнений, сопутствующие заболевания, возраст, ФР и вредные привычки. Оценивая совокупность этих факторов, можно прогнозировать дальнейшее течение заболевания.

Трудовой прогноз благоприятен у больных ИБС с незначительными и умеренно выраженными нарушениями функций органов кровообращения. При этом предполагается, что больной способен вернуться к привычной работе в оптимальных и допустимых условиях труда после стабилизации заболевания. *Неблагоприятный трудовой прогноз* определяется в том случае, когда вероятность возвращения пациента к привычной для него работе или какой-либо другой работе крайне мала. Он бывает при абсолютных противопоказаниях для занятия привычной трудовой деятельностью и физической невозможности справиться с требованиями, предъявляемыми трудовым процессом (при низкой толерантности к ФН). Эта проблема в наибольшей степени актуальна для больных тяжелого и среднего по тяжести труда.

Сомнительным трудовой прогноз определяется в тех случаях, когда отсутствуют данные, позволяющие судить о том, как будет проходить восстановление трудоспособности, а вероятность возвращения к трудовой деятельности неопределенная (50%) [244, 245].

Основным документом, регламентирующим порядок направления пациента на МСЭ, является Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», утвердившее Правила признания лица инвалидом [246]. Постановление действует с 2006 г. по настоящее время с рядом внесенных изменений в последующие редакции. Однако с 2006 г. по настоящее время в раздел III «Порядок направления гражданина на МСЭ» ни одного изменения не вносилось. В этом документе представлено следующее положение: «...организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организ-

ма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами». При этом в направлении на МСЭ, форма которого утверждается МЗ РФ, указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражается степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий. Таким образом, при направлении на МСЭ пациент должен быть полноценно обследован, и при этом должны быть завершены все возможные реабилитационные мероприятия.

12.2. Степень нарушения трудоспособности

Направляя пациента на МСЭ, лечащий врач должен оценить у него степень нарушения функций органов и систем. При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяют 4 степени их выраженности [245]:

- **1-я степень** – стойкие незначительные нарушения функций CCC.
- **2-я степень** – стойкие умеренные нарушения функций CCC, сохраняющиеся на фоне адекватной терапии; это следующие критерии:
 - снижение ФВ ЛЖ до 45% и меньше;
 - наличие пароксизмов ФП, атриовентрикулярной блокады 2-й степени, синдрома слабости синусового узла, сопровождающихся клиническими проявлениями нарушения гемодинамики;
 - поражение коронарного русла при невозможности проведения реваскуляризации при снижении толерантности к ФН до 75 Вт/мин с признаками коронарной недостаточности или ее эквивалентами; при противопоказаниях к проведению ВЭМ – наличие признаков коронарной недостаточности по данным суточного мониторирования ЭКГ или клиника стенокардии II ФК.
- **3-я степень** – стойкие выраженные нарушения функций CCC, сохраняющиеся на фоне адекватной терапии; критерии:
 - снижение ФВ ЛЖ $\leq 35\%$;
 - наличие желудочковой экстрасистолии IVБ градации по Лауну, пароксизмы ФП, постоянная форма ФП, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики;
 - синдром слабости синусового узла с синкопальными состояниями, нарастающей СН;
 - поражение коронарного русла при невозможности проведения реваскуляризации;
 - снижение толерантности к ФН до 50 Вт/мин с признаками коронарной недостаточности или ее эквивалентами; при противопоказаниях к проведению ВЭМ – наличие признаков коронарной недостаточности по данным суточного мониторирования ЭКГ или клиника стенокардии III ФК и выше;
 - неудовлетворительные результаты лечения гнойных осложнений (остеомиелита, медиастинита), в том числе и при повторных операциях.
- **4-я степень** – стойкие значительно выраженные нарушения функций CCC, критерии:
 - снижение ФВ ЛЖ $< 25\%$;
 - наличие желудочковой экстрасистолии IVБ по Лауну, пароксизмы ФП, постоянная форма ФП, пароксизмы желудочковой тахикардии, сопровождающиеся выраженными нарушениями гемодинамики, синдром слабости синусового узла с синкопальными состояниями, нарастающей СН и развитием ССО (ИМ, острые нарушения мозгового кровообращения);

– поражение коронарного русла при невозможности проведения реваскуляризации, при снижении толерантности к ФН до 25 Вт/мин с признаками коронарной недостаточности или ее эквивалентами; при противопоказаниях к проведению ВЭМ – наличие признаков коронарной недостаточности по данным суточного мониторирования ЭКГ или клиника стенокардии IV ФК.

В зависимости от наличия у пациента одной из степеней стойких нарушений функций CCC определяется клинический прогноз. При проведении МСЭ врачи-эксперты, опираясь на классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ гражданами федеральными государственными учреждениями МСЭ, устанавливают ту или иную группу инвалидности [247].

Срок проведения экспертизы временной нетрудоспособности заканчивается после осуществления комплекса лечебно-диагностических мероприятий, когда больной признается трудоспособным и готовым приступить к выполнению работы на прежнем месте или после его направления на медико-социальную экспертизу для решения вопросов о необходимости социальной защиты больного и проведения реабилитационных мероприятий [248].

Оптимальные сроки направления на МСЭ описаны в действующем Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 августа 2007 г. № 514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 27.10.2008 N 593н, от 18.12.2008 N 737н) в разделе III, пункте 28 «Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу». Согласно данному документу поводом для направления пациентов на МСЭ являются стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 мес от даты ее начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 мес (в отдельных случаях – состояния после травм и реконструктивных операций, при лечении туберкулеза – свыше 12 мес).

Сроки временной нетрудоспособности больных после операции на сердце определяются темпами адаптации сердечной мышцы к новым условиям кровообращения и характером осложнений.

Выдача листа временной нетрудоспособности свыше 4 мес (120 дней) без направления на МСЭ показана больным с благоприятным клиническим и трудовым прогнозом (полная реваскуляризация, поражение 1–2 коронарных артерий, стенокардия I и II ФК, отсутствие признаков СН) при незаконченной физической реабилитации, психологической адаптации и незаконченном лечении хирургических осложнений (нагноений, плеврита, перикардита и др.). Для больных с сомнительным клиническим и трудовым прогнозом и развившимися после операции серьезными осложнениями (такими как тромбоз шунта, ИМ, тромбоэмболия сосудов головного мозга и др.) временная нетрудоспособность не должна превышать 4 мес с последующим направлением на МСЭ. Но даже в этих ситуациях необходимо учитывать желание пациента возвратиться к труду. В случаях положительной динамики в статусе имеющих нарушения

ний и при желании пациента вернуться к своей работе возможно дальнейшее лечение с выдачей листка временной нетрудоспособности, однако более ordinарным решением в этих случаях является направление больного на МСЭ.

Таким образом, длительность продления листка нетрудоспособности определяется клиническим и трудовым прогнозом, где условной границей благоприятного/неблагоприятного прогноза считается срок 4 мес (120 дней).

12.3. Сроки возобновления трудовой деятельности и длительность инвалидности в зависимости от группы физической активности

По данным отделения реабилитации НЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, пациенты I группы ФА по клинко-функциональным данным выходят на уровень практически здоровых людей и могут приступать к работе по специальности в сроки 3–4 мес после операции.

Пациенты IV группы ФА нетрудоспособны, и их удел – стойкая инвалидность I–II группы. Небольшие шансы сохраняют 20,2% пациентов, прошедших курс кардиореабилитации и вторичной профилактики и перешедших в III функциональную группу. Они имеют шансы на II группу инвалидности с правом работы по основной профессии в специально созданных условиях или на трудовое перепрофилирование. Сроки возможного изменения группы ФА у этой категории больных зависят от многих параметров, в том числе и от правильно подобранной длительной реабилитационной программы.

Пациенты II группы ФА. Именно из пациентов II группы ФА в процессе физической реабилитации формируются пациенты I группы ФА, поэтому в послеоперационном периоде им целесообразно предоставлять долечивание на 4–6 мес, после чего многие из них могут приступить к прежней трудовой деятельности. Остальным, в зависимости от данных клинко-функциональных исследований, представляется III группа инвалидности. Реабилитационные мероприятия не должны прекращаться в течение 1 года.

Пациенты III группы ФА. Около 56% пациентов, до начала реабилитации находившиеся в III группе, переходят после курса ФТ во II группу ФА. Следовательно, подход к этой категории пациентов в плане дальнейшего прогноза трудоспособности или инвалидности полностью соответствует подходу к пациентам со II группой ФА, т.е. они трудоспособны, возможно, с более продолжительным сроком временной нетрудоспособности и/или предоставлением им облегченных условий труда. Остальные пациенты – больные, оставшиеся в III группе или перешедшие под влиянием различных факторов в IV группу ФА, являются инвалидами II, реже III группы. Тем не менее, программа реабилитации должна неукоснительно соблюдаться и 1 раз в 4–6 мес при необходимости корректироваться. Следует помнить, что лица III–IV групп ФА практически постоянно получают антиангинальные препараты, БАБ, статины, ИАПФ/БРА и т.д., поэтому коррекция терапии, контроль ФРС во многом помогут в стабилизации состояния или даже в переходе в более высокую группу ФА и тем самым изменить и группу инвалидности. Это достижимо только при условии должного психологического настроения больного и неукоснительного соблюдения программы реабилитации, которая будет носить

длительный и полноценный характер. Необходимо подчеркнуть, что переход пациента, перенесшего АКШ, в I, II, III, IV группы ФА на основании заключения специалистов реабилитационных или кардиологических центров (до тех пор пока не отменены уставшие акты определения инвалидности) должен являться для врачей МСЭ определяющим критерием для установки, пересмотра или снятия группы инвалидности. Указанные группы ФА соответствуют ФК больных ИБС.

Таким образом, обзор собственных данных из разных медицинских центров России свидетельствует о необходимости выяснения факторов, способствующих отрицательному влиянию на определение трудоспособности больных ИБС после операции КШ. Необходимо выяснить эти факторы и провести наблюдательные исследования по восстановлению трудоспособности российских пациентов после получения ими таких высокотехнологичных видов медицинской помощи, как операция КШ и современная кардиореабилитационная помощь.

13. Приложение. Сокращенный вариант пособия для инструктора больного перед операцией коронарного шунтирования

Выдается каждому больному как можно раньше – еще до поступления в больницу или же в 1-й день приема в больницу.

Уважаемый больной!

Считаем необходимым перед операцией коронарного шунтирования представить Вам сокращенный вариант пособия для больного, которому предстоит операция коронарного шунтирования. В нем даны очень важные советы по многим вопросам предстоящей Вам операции. В пособии в краткой форме представлены советы и подсказки, использование которых обеспечит Вам более спокойное и эффективное прохождение послеоперационного периода, поможет Вам избежать многих ошибок и неправильных действий, чреватых осложнениями. Это пособие понадобится Вам и в более поздние сроки после операции для улучшения отдаленных результатов операции.

С пожеланиями быстрее выздоровления!

В табл. 13 приведены упражнения, направленные на тренировку дыхательных мышц, которые следует выполнять как перед КШ, так и после операции.

Для тренировки дыхательной мускулатуры, наряду с использованием дыхательных упражнений, могут быть использованы различные дыхательные тренажеры, а также подручные средства, такие как трубочка, воздушный шарик, резиновая камера. При их использовании рекомендуется дуть в трубочку, при этом сделать вдох как можно глубже, а выдох как можно дольше, засекая время выдоха. При последующих упражнениях стараться увеличить время выдоха. Кроме этого, **дыхание через трубочку возможно осуществлять и следующим образом:** вдох сделать в 3–4 небольших вдоха, как бы порциями, а выдох – спокойно равномерно; либо вдох – равномерно и глубоко, а выдох порциями в трубочку.

При использовании специальных тренажеров необходимо проконсультироваться с вашим лечащим врачом о возможности применения, и при его одобрении следовать инструкции, прилагаемой к данному тренажеру.

Таблица 13. Упражнения для тренировки дыхательной мускулатуры

Исходное положение	Содержание упражнения	Комментарий
1. Лежа на спине, стоя или сидя, руки вытянуты вдоль туловища, мускулатура тела расслаблена	Сделав выдох, медленно и плавно вдыхать через нос, удержать на 1 с воздух, выдохнуть	Это упражнение – для овладения техникой полного вдоха и выдоха
2. Лежа на спине, сидя или стоя	Сделать очень энергичный вдох и выдох	
3. Лежа на спине или стоя	Сделать вдох, опустив диафрагму книзу и максимально выпятив живот при относительно неподвижной грудной клетке, затем – выдох, при котором живот втянуть	
Эти простые упражнения выполняются 5–6 раз в день до 10 повторов за 1 занятие		

Один из очень важных моментов в предоперационном периоде – **приобретение навыков дыхания животом**, которое вам потребуется в раннем послеоперационном периоде для облегченного полноценного дыхания, улучшения газообмена и хорошего отхождения мокроты из легких:

1. И.п. – лежа на постели или сидя на стуле, одна рука лежит на животе, другая – на груди, тело расслаблено: сделать спокойный вдох через нос, надувая живот, при этом рука, лежащая на животе, приподнимается, а вторая, на груди, остается неподвижной.
2. Длительность вдоха – 2–3 с. При выдохе через полукруглый рот живот опускается. Длительность выдоха – 4–5 с.
3. После выдоха не надо торопиться снова вдохнуть, а следует выдержать паузу около 3 с – до появления первого желания вдохнуть.
4. В течение одного занятия необходимо выполнить от 5 до 10 повторов, не менее 4–5 подходов (раз) в день.

Если вы курильщик, очень важно перестать курить как можно раньше перед операцией. Каждый день и даже час перед наркозом, которые вы проведете без сигареты, снизят вероятность появления проблем с легкими, возникающих после операции. Отказ от курения существенно улучшит и отдаленные результаты операции: коронарные шунты, сформированные при операции, будут работать долгие годы и избавят вас от болей в сердце и других проблем с вашим здоровьем. Помните, что, продолжая курить, вы можете значительно снизить эффективность операции.

Если ваша операция назначена на следующее утро, вам не разрешат пить и есть после 20 ч, если на послеобеденные часы – позволят съесть немного жидкой пищи рано утром в день операции. Обязательно в день операции примите все лекарственные препараты, которые назначил вам лечащий врач, и запейте их минимально необходимым количеством воды.

Еще одно из грозных осложнений в послеоперационном периоде – нагноение послеоперационной раны. Для профилактики данного осложнения с вечера вам необходимо вымыться с мылом (оно уменьшает количество находящихся на коже бактерий, тем самым снижая риск занесения инфекции). Необходимо удалить волосы в день операции там, где намечаются разрезы (с грудной клетки, с ног от стопы до паха и с паховой области), методом электроэпиляции или с помощью депиляторов. При использовании депиляторов, для исключения аллергической реакции, накануне вечером нанесите небольшое количество крема на внутреннюю часть предплечья, при отсутствии покраснения (аллергической реакции) вы можете наносить его на необходимую область. Избегайте бритья кожи в области операции, так как при бритье происходит микроповреждение кожи и возможно образование пустул – микробнойничков, что является очень хорошей средой для развития бактерий.

До операции вам обязательно необходимо позаботиться о наличии послеоперационного биндажа (корсета) для грудной клетки и, возможно, эластичных бинтов для перевязки голеней. Корсет (биндаж) предназначен для предупреждения расхождения двух половинок разрезанной грудины, а эластичные повязки – для покрытия раны голени после взятия из нее вашей вены, которая будет служить вам для поступления крови из аорты к мышце вашего сердца. Корсет и эластичные бинты уложите в ваших личных вещах таким образом, чтобы вам было легко достать их и начать ими пользоваться, как только вас переведут из реанимационного отделения в послеоперационную палату.

Перед тем как начать операцию, врачи подсоединят к вам специальные трубки (катетеры). Это необходимо, чтобы во время операции и сразу после нее постоянно наблюдать ваши жизненные показатели. Катетеры вводятся в артерии и вены после того, как вы заснете.

После операции. Проснувшись после операции, вы обнаружите во рту дыхательную трубку, соединенную с респиратором. Ни в коем случае не хватайтесь за нее и не пытайтесь выдернуть. Респиратор будет вам помогать дышать до тех пор, пока вы не сможете делать это самостоятельно. Как только дыхательная трубка будет удалена, вы сможете глубоко дышать и откашливаться, чтобы удалить мокроту из легких.

Не надо бояться кашля, благодаря ему из легких удаляется скопившаяся мокрота. Но для нормального заживления послеоперационной раны необходимо оберегать грудину и плечевой пояс от излишних нагрузок. Поэтому кашлять нужно правильно. Помните, что во время кашля послеоперационный биндаж (корсет) должен быть правильно застегнут на вашей грудной клетке.

При кашле необходимо руками обхватить себя за плечи и фиксировать грудную клетку, а кашлевые движения выполнять за счет мышц живота, стараясь сохранить грудную клетку неподвижной. Здесь вам пригодится дыхание животом. Для хорошей фиксации грудной клетки при кашле удобно пользоваться подушкой, крепко прижав ее к груди, как бы обняв ее. В случае отсутствия подручного средства фиксировать грудную клетку можно ладонями.

Как правильно встать. После операции процесс вставания с постели является для организма самым сложным и тяжелым. Даже ходьба в этот период – более легкий процесс. Поэтому первый раз нужно вставать с помощью медицинского персонала. Помните, что нагрузка на плечевой пояс при вставании недопустима, поскольку может плохо сказаться на заживлении грудины. Если опираться на руки или подтягиваться руками при вставании, швы на грудине могут ослабнуть, что может привести к тяжелому осложнению, т.е. расхождению грудины.

Перед вставанием не забывайте застегивать корсет и соблюдайте определенные правила. При подъеме необходимо перевернуться на бок и затем спустить

ноги с кровати, при помощи верхней части туловища и рук попробовать сесть. Не спешите сразу вставать на ноги, для начала попробуйте поочередно надавливать стопами пол, как при ходьбе, и только после этого вставайте. **Нельзя** опираться двумя локтями сзади, поворачиваться на бок, не спуская на пол ног.

Как правильно ходить. После того как появилась уверенность в ногах, а происходит это быстро, надо ходить, но понемногу, гораздо меньше, чем до операции. В 1-й день после операции лучше ходить лишь по палате.

Если на следующий день ваше состояние будет более стабильным и вы будете способны присаживаться на стул, можно ходить по палате на короткое расстояние. Вас переведут в стационарную палату, где продолжат наблюдение за вами.

В стационарном отделении. В отделении ваша активность будет увеличиваться с каждым днем. В 1-й день после перевода из отделения реанимации лучше ходить по палате. На следующий день можно выходить в коридор. Ваша задача – ходить понемногу, без неприятных ощущений за грудиной. У кого-то это расстояние будет равно 5 м, у кого-то – 50 м, но моментально оно не должно превышать 150 м. В течение дня можно проходить от 1 до 15 раз. Ориентируйтесь на свое самочувствие.

Вы должны продолжать делать дыхательные упражнения, выполнять дыхание животом для стимулирования кашля. Не забывайте держать подушку не подалеку и пользоваться ею при кашле. Вам необходимо продолжать начатые в палате интенсивной терапии упражнения для рук, ног и грудной клетки.

Вставание со стула: придвиньтесь на край стула, поставьте под собой ноги, попробуйте встать, используя мышцы ног.

Сидение: сидите прямо, обе ноги – на полу. Колени должны быть на уровне бедер. Не перекрещивайте ноги.

Поднятие предметов с пола: не сгибаясь в поясе, согните колени, вертикально опуская тело вниз; спи-

на должна оставаться прямой.

С целью профилактики расхождения грудины в первые 2–3 мес не рекомендуется:

- в положении лежа закладывать руки за голову;
- разводить руки в разные стороны;
- отводить руки за спину (в разных положениях);
- скрещивать руки перед собой;
- поднимать обе руки вверх;
- выполнять упражнения двумя руками;
- передвигаться по кровати, опираясь двумя руками;
- в положении лежа поднимать ноги вверх;
- в положении лежа выполнять упражнение «велосипед»;
- выполнять наклоны туловища вперед, в стороны, назад, вращение туловища;
- спать в положении на животе или на боку;
- подтягиваться;
- выполнять отжимание (даже от перил).

Советы по поводу грудного корсета:

- Корсет надевают на нижнее белье, изготовленное из хлопчатобумажной ткани и не раздражающее послеоперационный шов. Категорически не рекомендуется надевать его на голое тело!
- Корсет следует надевать лежа на спине.
- Послеоперационный корсет носят до 3 мес после операции круглосуточно.
- Обязательно необходим отдых от ношения корсета. Периодически на 15–20 мин расстегивайте липучки или крючки. Совершать резкие движения в такие минуты категорически запрещается!
- Помните о том, что корсет должен быть застегнут достаточно плотно, чтобы грудина была неподвижна и хорошо заживала. Сделайте максимально глубокий вдох, затем плотно застегивайте корсет.

Таково содержание предоперационной объяснительной беседы с больным – кандидатом на операцию КШ.

14. Приложения. Комплексы ЛФК и схемы физических тренировок

Приложение 14.1. Примерный комплекс ЛФК №1 (строгий постельный режим)

Исходное положение	Содержание упражнения	Дозировка, раз
1. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Потянуться макушкой вверх, максимально напрягая мышцы шеи, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), возвращаемся в И.п., расслабившись, выдох – ртом (на счет 1–2–3–4)	1–4
2. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Потянуться подбородком вперед, не отрывая головы от подушки, максимально напрягая мышцы шеи, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), вернуться в И.п., расслабиться, выдох – ртом (на счет 1–2–3–4)	1–4
3. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Потянуться ногами вперед, к спинке постели, носки максимально натянуть «к себе», живот подтянуть, колени выпрямлены, вдох – носом, расслабиться, стопы вернуть в И.п., выдох – ртом	1–4
4. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ладони вверх, ноги вместе, колени выпрямлены, стопы разведены в стороны. Головной конец кровати слегка приподнят	Повернуть руки ладонями вниз, стопы – вовнутрь, вдох носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	1–4
5. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Сжать кисти рук в кулаки, стопы «на себя», вдох – живот подтянуть. Расслабиться, вернуться в И.п., выдох – ртом	1–4
6. Лежа на спине, руки вдоль туловища, пальцы рук сцеплены в «замок» на животе ниже уровня пояса, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Подтянуть живот, оказывая давление руками на живот, вдох носом. Вернуться в И.п., выдох – ртом	1–4
7. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Надуть живот, вдох – носом. Вернуться в И.п., оказывая давление руками на живот, выдох – ртом	1–4
8. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Поднять руку вперед на уровне груди, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), вернуться в И.п., выдох – ртом (на счет 1–2–3–4). То же другой рукой	1–4
9. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Согнуть ногу в коленном суставе со скольжением по постели, медленный вдох носом. Вернуть ногу в И.п. со скольжением по постели, быстрый выдох – ртом. То же другой ногой	1–4
10. Лежа на спине, руки вдоль туловища. Кисти у плеч, локти прижаты к ребрам, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Поднять локоть со скольжением по постели в сторону до уровня плеча, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), опускаем в И.п., выдох – ртом (на счет 1–2–3–4). То же другой рукой	1–4
11. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Поднять локоть вперед до уровня плеча, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), вернуться в И.п., выдох – ртом (на счет 1–2–3–4). То же другой рукой	1–4
12. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Развести ноги в стороны со скольжением по постели, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), вернуться в И.п. со скольжением по постели, выдох – ртом (на счет 1–2–3–4)	1–4
13. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Развести руки в стороны на 45° со скольжением по постели, вдох – носом (счет 1–2–3–4), вернуться в И.п., выдох – ртом (счет 1–2–3–4)	1–4
14. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены. Головной конец кровати слегка приподнят	Развести руки в стороны на 45°, максимально сжать кисти, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	1–4
15. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ладонями вниз, ноги вместе, колени выпрямлены, стопы вместе. Головной конец кровати слегка приподнят	Потянуться носками вперед, к спинке постели, напрягая пальцы рук, вдох – носом. Вернуться в И.п., расслабиться, выдох – ртом	1–4

Приложение 14.2. Примерный комплекс ЛФК №2 (расширенный постельный режим)

Исходное положение	Содержание упражнения	Дозировка, раз
1. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Запрокидывая голову назад, медленный вдох – носом (на счет 1–2–3–4), вернуться в И.п., выдох – ртом (на счет 1–2–3–4)	4–6
2. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Максимально поднять плечи вверх (медленно), вдох – носом (на счет 1–2–3–4), потянувшись руками вниз вдоль туловища, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–6
3. Лежа на спине, голова повернута к правому плечу, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Поворачивая голову к левому плечу, медленный вдох – носом, в конечной точке резкий выдох – ртом. То же в другую сторону	4–6
4. Лежа на спине. Одна рука – на груди, другая – на животе ниже уровня пояса, ноги вместе, колени выпрямлены	Максимально поднять плечи вверх (медленно), вдох – носом. Вернуть в И.п., выдох – ртом, надуть живот, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–6
5. Лежа на спине, руки в замке на животе ниже уровня пояса, ноги вместе, колени выпрямлены	Энергичные движения животом, надуть, вдох – носом, подтянуть, выдох – ртом	4–6
6. Лежа на спине, кисти у плеч, локти прижаты к ребрам, ноги вместе, колени выпрямлены	Свести локти на уровне груди, вдох – носом, вернуть локти в И.п., выдох – ртом	4–6
7. Лежа на спине, кисти рук на поясе, ноги вместе, колени выпрямлены, большие пальцы в сторону поясницы, локти опираются о постель	Слегка поднять локти от постели, надувая живот, вдох – носом, вернуть в И.п., расслабиться, выдох – ртом	4–6
8. Лежа на спине, кисти рук выше уровня пояса на боковых отделах грудной клетки, большие пальцы вперед, ноги вместе, колени выпрямлены	Расставленными кистями рук надавить на боковые отделы грудной клетки, вдох – носом, расслабиться, не сдвигая кистей, выдох – ртом	4–6
9. Лежа на спине, руки в замке на животе, ниже уровня пояса, ноги вместе, колени выпрямлены	Надавливая на живот, поднимаем плечи максимально вверх, вдох – носом. Вернуться в И.п., выдох – ртом	4–6
10. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Поднять прямую руку чуть выше уровня плеча, подтягивая живот, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), вернуться в И.п., выдох – ртом (на счет 1). То же другой рукой	4–6
11. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Поднять прямые руки одновременно чуть выше плеч, подтягивая живот, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), выдох – ртом (на счет 1–2–3–4)	4–6
12. Лежа на спине, кисти у плеч, локти прижаты к ребрам, ноги вместе, колени выпрямлены	Поднимаем одновременно локти со скольжением по постели до уровня плеч, подтягивая живот, вдох – носом (на счет 1–2–3–4), вернуться в И.п., слегка надавив на ребра, выдох – ртом (на счет 1–2–3–4)	4–6
13. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях, стопы вместе, опираются о постель	Поочередно разгибаем колено со скольжением стопы по постели. Дыхание произвольное	4–6
14. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях, стопы вместе, опираются о постель	«Шагаем», слегка отрывая стопу от постели. Дыхание произвольное	4–6
15. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях, стопы опираются о постель на ширине плеч	Свести колени, подтянув живот, вдох – носом. Расслабиться, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–6
16. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Отвести правую руку в сторону, одновременно левую ногу отвести в сторону со скольжением по постели, вдох – носом. Вернуться в И.п., выдох – ртом. То же, левой рукой и правой ногой	4–6
17. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Одноименное отведение правой руки и ноги в сторону без скольжения по постели на весу, вдох – носом. Вернуться в И.п., выдох – ртом. То же в другую сторону	4–6
18. Лежа на спине, руки вдоль туловища, колени выпрямлены	Взяться кистями за локти противоположной руки и поднять сцепленные предплечья до уровня груди, вдох – носом, вернуться в И.п., расцепив руки, выдох – ртом	4–6
19. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Соединить стопы и колени, одновременно напрягая мышцы ног, подтягивая живот, вдох – носом. Расслабиться, выдох – ртом. Сжать кулаки одновременно, напрягая мышцы рук, надувая живот, вдох – носом, вернуться в И.п., расслабиться, выдох – ртом	4–6
20. Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе, колени выпрямлены	Поднять прямые руки вверх перед грудью, не выше уровня плеч, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–6

Приложение 14.3. Примерный комплекс ЛФК №3 (палатный и свободный режимы)

Исходное положение	Содержание упражнения	Дозировка, раз
1. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки на коленях, голова в наклоне, подбородок касается шейной ямки	Поднять подбородок вверх, вдох – носом, вернуться в И.п. – выдох – ртом	4–8
2. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Поднять плечи максимально вверх, медленный вдох – носом, расслабив плечи, опустить в И.п., медленно выдох – ртом	4–8
3. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Поднять правое плечо вверх, рука прямая. Медленный вдох – носом, вернуться в И.п., медленно потянуться кистью вниз, выдох – ртом. То же другой рукой	4–8
4. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, кисти у плеч, локти прижаты к ребрам	Поднять локти в стороны до уровня плеч, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–8
5. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, кисти у плеч	Поднять правый локоть в сторону, выше уровня плеч, медленный вдох – носом, вернуться в И.п., медленный выдох – ртом. То же другой рукой	4–8
6. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, кисти у плеч	Поднять одновременно два локтя вперед до уровня плеч, медленный вдох – носом, локти одновременно опустить к ребрам, выдох – ртом	4–8
7. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, кисти у плеч, локти прижаты к ребрам	Свести локти на уровне груди, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–8
8. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки в замке на животе	Распрямив руки в локтях, потянуться на уровне груди, не расцепляя пальцев, спина прижата к спинке стула, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–8
9. Сидя на стуле, руки согнуты в локтях и прижаты к ребрам, ладони вверх, сжаты в кулаки	Поднять максимально плечи вверх, вдох – носом, откашливание с наклоном туловища вперед, выдох – ртом	4–8
10. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки на поясе, большие пальцы в сторону поясницы	Свести локти слегка вперед, вдох – носом, вернуться в И.п., прижать ребра к локтям, выдох – ртом	4–8
11. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки с широко расставленными пальцами на боковой поверхности грудной клетки	Сжать ребра, вдох – носом, расслабиться, выдох – ртом	4–8
12. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	«Ходьба», высоко поднимая колени. Дыхание произвольное	10–12
13. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, одна нога под стул, другая – вперед, руки свободно висят	Смена ног на весу, натягивая носок. Одна под стул, другая вперед. Дыхание произвольное	4–8
14. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки на коленях	Поднять руки вперед, вверх, чуть выше плеч, локти слегка согнуты, вдох – носом. Возвращаем руки в И.п. через стороны, слегка наклонив туловище вперед с откашливанием, выдох – ртом	4–8
15. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Размахивание прямыми руками, как при ходьбе. Дыхание произвольное	10–12
16. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Поднять ногу, согнутую в колене, медленный вдох – носом, опустить ногу в И.п., быстрый выдох – ртом. То же другой ногой	4–8
17. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Поднять прямые руки вперед вверх, чуть выше плеч, медленный вдох – носом, опустить руки через стороны вниз, обхватить колено согнутой и поднятой ноги, спина прижата к спинке стула. Медленный выдох – ртом	4–8
18. Сидя, спина прижата к спинке стула, руки на коленях	Встать, опираясь на колени, вдох – носом, сесть, выдох – ртом	4–8
19. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки висят	Круговые движения в плечевых суставах, локти не сгибать, 4 раза вперед, 4 раза назад. Дыхание произвольное	
20. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, кисти у плеч	Поднять руки вперед на уровне плеч, ладонями вверх, сжимая кулаки, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–8
21. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, кисти у плеч	Поднять руки в стороны на уровне плеч ладонями вверх, сжимая кулаки. Вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом	4–8
22. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки на поясе, большие пальцы в сторону поясницы	Свести локти максимально вперед, не доводя до болезненных ощущений, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом. Отвести локти слегка назад, не доводя до болезненных ощущений, вдох носом, вернуться в И.п., выдох ртом	4–8
23. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки на коленях, голова в наклоне, подбородок касается шейной ямки	Поднять подбородок вверх, вдох – носом, вернуться в И.п., выдох – ртом. Вдох, выдох на счет 1–2–3–4	4–8
24. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Поднять плечи вверх, максимально растянув диафрагму, медленный вдох – носом, расслабив плечи, опустить в И.п., быстрый выдох – ртом	4–8
25. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Порционное дыхание. Поднять плечи вверх, максимально растянув диафрагму, медленный вдох – носом, выдох – ртом порциями на счет 1–2–3–4–5	3–4

Приложение 14.4. Примерный комплекс ЛФК №4

Исходное положение	Содержание упражнения	Дозировка, раз
1. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Кисти к плечам – вдох, вернуть в И.п. – выдох	4–6
2. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Развести колени в стороны с одновременным сгибанием пальцев рук в кулаки и сгибанием рук в локтевых суставах – вдох, вернуть в И.п. – выдох	6–8
3. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки в замок	Подтянуть руки вверх, выворачивая ладони кнаружи, с одновременным разгибанием колен (стопы скользят по полу) – вдох, вернуть в И.п. – выдох	6–8
4. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Скольжение ног по полу с движением рук, как при ходьбе. Дыхание произвольное	10–12
5. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Потянуться за руками вверх, встать со стула – вдох. Сесть – выдох Походить по залу на носках, высоко поднимая колени, в движении выполнить дыхательные упражнения	6–8 2–4
6. Сидя на краю стула, кисти к плечам	Вращение в плечевых суставах в одну и другую стороны. Дыхание произвольное	8–10
7. Стоя лицом к спинке стула, ноги на ширине плеч, руки на спинке стула	Поднять руки вверх – вдох, вернуть в И.п. с наклоном туловища вперед – выдох	6–8
8. Стоя лицом к спинке стула, ноги шире плеч, руки на спинке стула	Перенести тяжесть тела с ноги на ногу, сгибая ноги поочередно в коленях. Дыхание произвольное	6–8 в каждую сторону
9. Стоя боком к спинке стула, с опорой одной рукой о стул	Маховые движения ногой вперед – назад. Дыхание произвольное. Отдых – походить по залу, в движении выполнить 2–3 дыхательных упражнения	8–10
10. Стоя лицом к спинке стула, руки на спинке стула	Перекач стопы с пятки на носок, прогибаясь вперед и выгибая спину при переходе на пятки, руки не сгибать. Дыхание произвольное	8–10
11. Стоя лицом к спинке стула, руки свободно висят	Поднять руки вверх – вдох. Наклон туловища вперед, руки через спинку стула на сиденье – выдох	6–8
12. Стоя спиной к спинке стула на расстоянии полушага, руки свободно висят	Повороты туловища вправо и влево с касанием руками спинки стула. Дыхание произвольное	8–10
13. Стоя лицом к сиденью стула, руки свободно висят	Поставить правую ногу, согнутую в колене, на сиденье, одновременно поднять руки вверх – вдох. Согнуть правую ногу в колене, вперед, стараясь коснуться коленом спинки стула, руки на колено – выдох. То же другой ногой. Отдых	8–10
14. Стоя левым боком к спинке стула, с опорой левой рукой о стул, правая – вверх	Отвести правую ногу в сторону на носок. Наклон в левую сторону – вдох, вернуться в И.п. – выдох. То же в другую сторону	6–8
15. Стоя лицом к спинке стула, ноги вместе, руки на спинке стула	Приподняться на носки – вдох. Присесть (таз не ниже уровня колен) – выдох	6–8
16. Стоя, ноги вместе, руки вдоль туловища	Поднять руки через стороны вверх – вдох. Вернуться в И.п. – выдох	2–4
17. То же, руки на поясе	Вращение тазом по часовой стрелке и против	8–10 в каждую сторону
18. То же	Свободное отведение рук вправо–влево. Дыхание произвольное	8–10
19. Сесть верхом на стул, руки на спинку стула	Поочередное поднятие колен вверх, не отклоняясь назад. Дыхание произвольное	6–8
20. То же	Руки вверх – вдох. Руки положить на спинку стула, расслабить мышцы туловища – выдох	2–4
21. То же	Вращение туловища. Дыхание произвольное. Менять направление движений. Отдых – походить по залу	4–6
22. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	Поднять руки в стороны – вдох. Подтянуть руками колено к груди – выдох. То же, подтягивая другое колено	6–8
23. То же	Развести руки и ноги в стороны – вдох. Вернуться в И.п. – выдох	6–8
24. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки на колени	Скольжение рук по туловищу вверх – вдох, вернуться в И.п. – выдох	2–4
25. То же	Наклонить голову вправо, влево, вперед, назад – вращение головы. Расслабление	8–10

Приложение 14.5. Примерный комплекс ЛФК №5

Исходное положение	Содержание упражнения	Дозировка, раз
1. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	На счет 1–2 поднять левую руку вверх – вдох; на 3–4 – опустить руку, выдох. То же правой рукой	6–8
2. То же	Попеременное сгибание и разгибание стоп	10–12
3. То же	Попеременное сгибание ног, не отрывая стоп от пола (скольжением), и разгибание	10–12
4. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки в стороны	На счет 1 – кисти рук согнуть к плечам, на счет 2 – И.п.; то же на счет 3–4	6–8
5. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	На счет 1 – левую прямую ногу поднять, на счет 2 – вернуть в И.п.; на счет 3–4 – то же правой ногой	8–10
6. То же	На счет 1–2 – поднять руки вверх, разжать пальцы – вдох; на счет 3–4 – сжимая пальцы в кулак, опустить руки – выдох	6–8
7. То же	На счет 1–2–3–4 – круговые движения согнутой в колене левой ногой, в одну и другую сторону; затем то же правой ногой	6–8
8. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, кисти у плеч	Круговые движения в плечевых суставах. На счет 1–2–3–4 – вперед; на счет 5–6–7–8 – назад	8–12
9. Стоя, руки свободно висят	На счет 1–2 – руки поднять, отвести правую ногу в сторону, потянуться – вдох; на счет 3–4 – руки опустить – выдох	8–10
10. Стоя лицом к спинке стула, держась за его спинку	Перекаты с носков на пятки	10–12
11. Стоя, руки на поясе	Круговые движения тазом. На счет 1–2–3–4 – в одну, на 5–6–7–8 – в другую сторону	10–12
12. Стоя слева у стула, правую руку на пояс, левую – на спинку стула	На счет 1 – правую ногу вперед; на счет 2 – назад. То же, стоя у стула справа, другой ногой	10–12
13. Стоя, руки вдоль туловища	На счет 1 – наклон влево, правую руку вверх; на счет 2 – вернуться в И.п. На счет 3–4 – то же в другую сторону	8–10
14. Стоя	Ходьба в темпе 70–80 шагов в минуту и выполнение упражнений в ходьбе в течение 2–3 мин	
15. Стоя, руки на поясе	На счет 1 – поворот влево, левую руку в сторону – вдох; на счет 2 – вернуться в И.п. – выдох; на счет 3 – поворот вправо, правую руку в сторону – вдох; на счет 4 – вернуться в И.п.	8–10
16. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки свободно висят	На счет 1 – встать – вдох; на счет 2 – сесть – выдох	6–8
17. Сидя на стуле, спина прижата к спинке стула, руки на коленях	На счет 1 – левую руку согнуть в локте, дотронуться до плеча; на счет 2 – вернуться в И.п.; на счет 3–4 – то же правой рукой	4–6
18. То же	На счет 1 – повернуть голову влево; на счет 2 – вернуться в И.п.; на счет 3 – повернуть голову вправо; на счет 4 – вернуться в И.п. На тот же счет – наклонить голову вперед и назад	6–8
19. То же	Расслабление мышц рук и ног (1 мин)	
20. Сидя на стуле, положить левую руку на живот, правую на грудь	На счет 1 – сделать носом вдох; на счет 2–3–4 – выдох	4–6
21. Элементы аутогенной тренировки (5–7 мин)		

Приложение 14.6. Примерная схема ФТ больных после КШ в подготовительном периоде поликлинического этапа

Количество занятий: для больных II ФК – 10–12, для больных III ФК – 12–15.
Продолжительность занятия – до 45 мин.

Структура занятия	Содержание		Дозировка, мин	Задачи
	II ФК	III ФК		
Вводная	1. Простые общеразвивающие упражнения (ОРУ) для малых и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей без предметов 2. Простые ОРУ на внимание и точность движений 3. Дыхательные упражнения динамического характера <i>И.п.</i> – сидя на стуле, стоя с опорой на стул	1. Строевые упражнения 2. Элементарные активные ОРУ для дистальных отделов конечностей без предметов 3. Упражнения на расслабление 4. Дыхательные упражнения динамического характера <i>И.п.</i> : сидя на стуле, стоя с опорой на стул	12–10	- Подготовка организма к ФН основной части - Стимуляция периферического кровообращения - Активизация дыхания - Воспитание правильного дыхания
Основная	1. <u>Велотренажер</u> – в медленном темпе (40 об/мин) с мощностью 50% от достигнутой максимальной – 2 мин 2. <u>Велотренажер</u> : • в среднем темпе (60 об/мин) с мощностью 75% от максимальной – 5 мин • в среднем темпе с мощностью 50% от максимальной – 3 мин <i>Серия упражнений в указанной последовательности выполняется 3 раза</i> 3. <u>Велотренажер</u> – в медленном темпе с мощностью 50% от максимальной – 2 мин	1. <u>Велотренажер</u> – в медленном темпе (40 об/мин) с мощностью 25 Вт – 5 мин 2. <u>Велотренажер</u> : • в среднем темпе (60 об/мин) с мощностью 50% от максимальной – 5 мин • в медленном темпе с мощностью 50% от максимальной – 2 мин <i>Серия упражнений в указанной последовательности выполняется 3 раза</i> 3. <u>Велотренажер</u> – в медленном темпе с мощностью 25 Вт – 5 мин	28–31	- Подготовка CCC и организма в целом к ФН основного этапа - Воспитание правильного дыхания
Заключительная	1. ОРУ для малых и средних групп верхних и нижних конечностей без предметов 2. Корректирующие упражнения (стоя с опорой о стул) 3. Простые ОРУ на внимание, на точность движений 4. Дыхательные упражнения статического характера	1. ОРУ для малых и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей без предметов 2. Корректирующие упражнения (сидя на стуле) 3. Простые ОРУ на внимание 4. Дыхательные упражнения статического характера	5	Возвращение организма к состоянию покоя

Приложение 14.7. Примерная схема ФТ больных после КШ в основном периоде поликлинического этапа

Количество занятий: для больных II ФК – 25, для больных III ФК – 30.
Продолжительность занятия – до 60 мин.

Структура занятия	Содержание		Дозировка, мин	Задачи
	II ФК	III ФК		
Вводная	1. ОРУ для малых и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей с предметами и без них 2. Велотренажер: • в медленном темпе (40 об/мин) с мощностью 75% от максимальной и короткими ускорениями (по 20–30 с 2–3 раза) в течение 3–5 мин 3. Упражнения на расслабление в чередовании с дыхательными упражнениями статического характера 4. Дыхательные упражнения динамического характера <i>И.п.</i> – без опоры	1. Строевые упражнения 2. Простые ОРУ для малых и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей без предметов 3. Велотренажер: • в медленном темпе (40 об/мин) с мощностью 50% от максимальной и короткими ускорениями (по 20–30 с 2–3 раза) в течение 3–5 мин 4. Упражнения на расслабление в чередовании с дыхательными упражнениями статического характера 5. Дыхательные упражнения динамического характера <i>И.п.</i> – сидя на стуле, стоя с опорой на стул	12–10	- Подготовка организма к ФН основной части - Активизация дыхания - Воспитание правильного дыхания
Основная	1. <u>Велотренажер</u> – в среднем темпе (60 об/мин) с мощностью 50% от максимальной – 2 мин 2. <u>Велотренажер</u> : • в среднем темпе с мощностью 75% – 10 мин • в темпе 50 об/мин с той же мощностью – 2 мин <i>Серия упражнений в указанной последовательности выполняется 3 раза</i> 3. <u>Велотренажер</u> – в среднем темпе (60 об/мин) с мощностью 50% от максимальной – 2 мин	1. <u>Велотренажер</u> – в среднем темпе (60 об/мин) с мощностью 50% от максимальной – 5 мин 2. <u>Велотренажер</u> : • в среднем темпе с мощностью 75% – 5 мин • в медленном темпе (40 об/мин) с той же мощностью – 3 мин <i>Серия упражнений в указанной последовательности выполняется 3 раза</i> 3. <u>Велотренажер</u> – в среднем темпе (60 об/мин) с мощностью 50% от максимальной – 5 мин	40–34	- Развитие компенсаторных механизмов кровообращения - Тренировка CCC и организма в целом - Воспитание правильного дыхания
Заключительная	1. Велотренажер – в медленном темпе (40 об/мин) с переменной нагрузкой в сторону уменьшения от 50% максимальной нагрузки – 2–3 мин 2. Корректирующие упражнения в движении 3. Дыхательные упражнения динамического и статического характера	1. ОРУ для малых и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей с предметами 2. Корректирующие упражнения (стоя с опорой о стул) 3. ОРУ на внимание, точность движения, имитационные 4. Дыхательные упражнения статического характера	5–6	Возвращение организма к состоянию покоя

Приложение 14.8. Примерная схема ФТ больных после КШ в поддерживающем периоде поликлинического этапа

Количество занятий не ограничено.
Продолжительность занятия – до 60 мин.

Структура занятия	Содержание		Дозировка, мин	Задачи
	II ФК	III ФК		
Вводная	1. ОРУ для всех мышечных групп в сочетании с дыхательными с предметами и без них 2. Велотренажер – в среднем темпе с постоянной нагрузкой (60 об/мин, 50 Вт) – 3–5 мин 3. Дыхательные упражнения динамического и статического характера И.п. – любые, способствующие комфортному состоянию больных	1. ОРУ для всех мышечных групп в сочетании с дыхательными с предметами и без них 2. Велотренажер – в среднем темпе с постоянной нагрузкой (60 об/мин, 25 Вт) – 3 мин 3. Дыхательные упражнения статического характера И.п. – любые, способствующие комфортному состоянию больных	9–12	- Подготовка организма к ФН основной части - Воспитание правильного дыхания
Основная	1. Велотренажер – в среднем темпе с мощностью 50% от максимальной – 2 мин 2. Велотренажер: • в среднем темпе с мощностью 75% от максимальной – 12 мин в медленном темпе с мощностью 75% – 2 мин Серия упражнений в указанной последовательности выполняется 3 раза 3. Велотренажер – в среднем темпе с переменной нагрузкой в сторону уменьшения от 50% от максимальной – 2–3 мин	1. Велотренажер – в среднем темпе с мощностью 50% от максимальной – 3 мин 2. Велотренажер: • в среднем темпе с мощностью 75% от максимальной – 7 мин в том же темпе с мощностью 50% – 3 мин Серия упражнений в указанной последовательности выполняется 3 раза 3. Велотренажер – в среднем темпе с переменной нагрузкой в сторону уменьшения от 50% от максимальной – 5 мин	46–38	- Повышение ФРС - Улучшение работы кардиореспираторной системы - Воспитание правильного дыхания
Заключительная	1. ОРУ на внимание, точность движения, имитационные 2. Корректирующие в любом И.п. 3. Дыхательные упражнения динамического и статического характера в движении 4. Дыхательные упражнения динамического и статического характера	1. Корректирующие упражнения в движении 2. Дыхательные упражнения динамического и статического характера	5–6	Возвращение организма к состоянию покоя

Литература/References

- Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М.: Медицина, 1978. / Shkvaitsabaia I.K., Aronov D.M., Zaitsev V.P. Reabilitatsiia boľnykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa. M.: Meditsina, 1978. [in Russian]
- Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М., 2014. / Bokeriia L.A., Gudkova R.G. Serdechno-sosudistaia khirurgii. Bolezni i vrozhdennye anomalii sistemy krovoobrascheniia. M., 2014. [in Russian]
- Бокерия Л.А., Керен М.А., Енокян Л.Г. и др. Отдаленные результаты аортокоронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста. Анналы хирургии. 2012; 2: 15–21. / Bokeriia L.A., Keren M.A., Enokian L.G. i dr. Otdalennye rezul'taty aortokoronarnogo shuntirovaniia u boľnykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Annaly khirurgii. 2012; 2: 15–21. [in Russian]
- Mohr FW, Morice MC, Kappetein AP et al. Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention in patients with three-vessel disease and left main coronary disease: 5-year follow-up of the randomized, clinical SYNTAX trial. Lancet 2013; 381: 629–38.
- Klein LW, Edwards FH, DeLong ER et al. ASCERT: the American College of Cardiology Foundation – the Society of Thoracic Surgeons Collaboration on the comparative effectiveness of revascularization strategies. JACC Cardiovasc Interv 2010; 3 (1): 124–6.
- Bansilal S, Farkouh ME, Hueb W et al. The Future REvascularization Evaluation in patients with Diabetes mellitus: optimal management of Multivessel disease (FREEDOM) trial: clinical and angiographic profile at study entry. Am Heart J 2012; 164 (4): 591–9.
- Head SJ, Kieser TM, Falk V et al. Coronary artery bypass grafting: Part 1 – the evolution over the first 50 years. Eur Heart J 2013; 34 (37): 2862–72.
- Щегольков А.М., Мандрыкин С.Ю. Медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца, перенесших чрескожную транслюминальную коронарную ангиопластику. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2006; 6: 6–10. / Shchegol'kov A.M., Mandrykin S.Yu. Meditsinskaja reabilitatsiia boľnykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa, perenessikh chreskozobnuiu transliuminal'nuiu koronarnuiu angioplastiku. Fizioterapiia, bal'neologii i reabilitatsiia. 2006; 6: 6–10. [in Russian]
- Weintraub WS, Grau-Sepulveda MV, Weiss JM et al. Comparative effectiveness of revascularization strategies. N Engl J Med 2012; 366: 1467–76.
- Бокерия Л.А. Современные тенденции развития сердечно-сосудистой хирургии. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2013; 1: 45–51. / Bokeriia L.A. Sovremennye tendentsii razvitiia serdechno-sosudistoi khirurgii. Grudnaia i serdechno-sosudistaia khirurgii. 2013; 1: 45–51. [in Russian]
- Abu-Omar Y, Taggart DP. The present status of off-pump coronary artery bypass grafting. Eur J Cardiothorac Surg 2009; 36: 312–21.
- Wijns W, Kolh Ph, Danchin N et al. ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2010; 31: 2501–55.
- Windecker S, Kolh Ph, Alfonso F et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2014. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu278.

14. Smith PK, Anderson JL, Bittl JA et al. 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2011; 124: e652–e735.
15. Аронов Д.М., Иоселиани Д.Г., Бубнова М.Г. и др. Клиническая эффективность комплексной программы реабилитации после коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца в условиях поликлинического кардиореабилитационного отделения – 3 этапа реабилитации. *КардиоСоматика*. 2015; 6 (3): 6–14. / Aronov D.M., Ioseliani D.G., Bubnova M.G. i dr. Klinicheskaia effektivnost' kompleksnoi programmy reabilitatsii posle koronarnogo sbuntirovaniia u bol'nykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa v usloviiakh poliklinicheskogo kardioreabilitatsionnogo otdeleniia – 3 etapa reabilitatsii. *Cardiosomatics*. 2015; 6 (3): 6–14. [in Russian]
16. Engblom E, Korpilampi K, Hamalainen H et al. Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery. Long-term results of cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 1997; 17: 29–36.
17. Shiban A, Kornfeld S, Zur S et al. Determinants of improvement in exercise capacity in patients undergoing cardiac rehabilitation. *Cardiology* 1997; 88: 207–13.
18. Hansen D, Dendale P, Leenders M et al. Reduction of cardiovascular event rate: different effects of cardiac rehabilitation in CABG and PCI patients. *Acta Cardiol* 2009; 64: 639–44.
19. Suaya JA, Stason WB, Ades PA et al. Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54: 25–33.
20. Quin PR, Goel K, Labr BD et al. Participation in cardiac rehabilitation and survival after coronary artery bypass graft surgery: a community-based study. *Circulation* 2013; 128 (6): 590–7.
21. Ades PA, Huang D, Weaver SO. Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization costs. *Am Heart J* 1992; 123: 916–21.
22. Suaya JA, Shepard DS, Normand SL et al. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation* 2007; 116: 1653–62.
23. Kwan G, Balady GJ. Cardiac Rehabilitation 2012 Advancing the Field Through Emerging Science. *Circulation* 2012; 125: 369–73.
24. Белякин С.А., Будко А.А. Современные подходы к реабилитации военнослужащих, перенесших аортокоронарное шунтирование. М., 2003. / Belyakin S.A., Budko A.A. Sovremennye podkbody k reabilitatsii voennosluzhashchikh, perenessikh aortokoronarnoe sbuntirovanie. M., 2003. [in Russian]
25. Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R et al. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). *Circulation* 2004; 110 (14): e340–437.
26. Fihn SD, Gardin JM, Abrams J et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2012; 18; 60 (24): e44–e164.
27. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда, на диспансерно-поликлиническом этапе. Методические рекомендации для врачей. М., 1983. / Nikolaeva L.F., Aronov D.M., Zaitsev V.P. Reabilitatsiia bol'nykh, perenessikh infarkt miokarda, na dispanser-no-poliklinicheskom etape. Metodicheskie rekomendatsii dlia vrachei. M., 1983. [in Russian]
28. Hammill BG, Curtis LH, Schulman KA, Whellan DJ. Relationship between cardiac rehabilitation and long-term risks of death and myocardial infarction among elderly Medicare beneficiaries. *Circulation* 2010; 121: 63–70.
29. Pasquali SK, Alexander KP, Coombs LP. Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization. *Am Heart J* 2003; 145 (3): 445–51.
30. Bilinska M, Kosydar-Piechna M, Gasiorowska A et al. Influence of dynamic training on hemodynamic, neurohormonal responses to static exercise and on inflammatory markers in patients after coronary artery bypass grafting. *Circ J* 2010; 74 (12): 2598–604.
31. Gianuzzi P, Saner H et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 1273–8.
32. Бородин Л.М. Эффективность физических тренировок во вторичной профилактике ишемической болезни сердца. Новосибирск, 2000. / Borodina L.M. Effektivnost' fizicheskikh trenirovok vo vtorichnoi profilaktike ishemicheskoi bolezni serdtsa. Novosibirsk, 2000. [in Russian]
33. Bilińska M, Kosydar-Piechna M, Mikulski T et al. Influence of aerobic training on neurohormonal and hemodynamic responses to head-up tilt test and on autonomic nervous activity at rest and after exercise in patients after bypass surgery. *Cardiol J* 2013; 20 (1): 17–24.
34. Барбараш О.Л., Помешкина С.А., Еремина О.А. и др. Коронарное шунтирование: руководство для пациента. Методические рекомендации. Кемерово, 2015. / Barbarash O.L., Pomeschkina S.A., Eremina O.A. i dr. Koronarnoe sbuntirovanie: rukovodstvo dlia patsienta. Metodicheskie rekomendatsii. Kemero-vo, 2015. [in Russian]
35. Rengo G, Galasso G, Vitale DF et al. An active lifestyle prior to coronary surgery is associated with improved survival in elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65 (7): 758–63.
36. Smith JL, Verrill TA, Boura JA et al. Effect of cardiorespiratory fitness on short-term morbidity and mortality after coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol* 2013; 112 (8): 1104–9.
37. Arthur HM, Daniels C, McKelvie R et al. Effect of a preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2000; 133 (4): 253–62.
38. Sawatzky JA, Kebler DS, Ready AE et al. Prehabilitation program for elective coronary artery bypass graft surgery patients: a pilot randomized controlled study. *Clin Rehabil* 2014; 28 (7): 648–57.
39. Herdy AH, Marcchi PL, Vila A et al. Pre- and postoperative cardiopulmonary rehabilitation in hospitalized patients undergoing coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil* 2008; 87 (9): 714–9.
40. Hulzebos EH, van Meeteren NL, van den Buijs BJ et al. Feasibility of preoperative inspiratory muscle training in patients undergoing coronary artery bypass surgery with a high risk of postoperative pulmonary complications: a randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil* 2006; 20 (11): 949–59.
41. Savci S, Degirmenci B, Saglam M et al. Short-term effects of inspiratory muscle training in coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *Scand Cardiovasc J* 2011; 45 (5): 286–93.
42. Арутюнов Г.П., Рылова А.К., Колесникова Е.А. и др. Кардиореабилитация. Под ред. Г.П.Арутюнова. М.: МЕДпресс-информ, 2013. / Arutunov G.P., Rylova A.K., Kolesnikova E.A. i dr. Kardioreabilitatsiia. Pod red. G.P.Arutunova. M.: MEDpress-inform, 2013. [in Russian]
43. Haeflener MP, Ferreira GM, Barreto SS et al. Incentive spirometry with expiratory positive airway pressure reduces pulmonary complications, improves pulmonary function and 6-minute walk distance in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Am Heart J* 2008; 156 (900): e1–8.
44. Zarbock A, Mueller E, Netzer S et al. Prophylactic nasal continuous positive airway pressure following cardiac surgery protects

- from postoperative pulmonary complications: a prospective, randomized, controlled trial in 500 patients. *Chest* 2009; 135: 1252–9.
45. Аронов ДМ, Бубнова МГ, Барбараш О.Л. и др. Российские клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика». Кардиосомадика. 2014; Прил. 1: 5–42. / Aronov D.M., Bubnova M.G., Barbarash O.L. et al. Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii «Ostryi infarkt miokarda s pod"emom segmenta ST elektrokardiogrammy: reabilitatsiia i vtorichnaia profilaktika». *Cardiosomatics*. 2014; Pril. 1: 5–42. [in Russian]
 46. Westerdaal E, Olsén MF. Chest physiotherapy and breathing exercises for cardiac surgery patients in Sweden – a national survey of practice. *Monaldi Arch Chest Dis* 2011; 75(2): 112–9.
 47. Ferreira GM, Haeflner MP, Barreto SS, Dall'Ago P. Incentive spirometry with expiratory positive airway pressure brings benefits after myocardial revascularization. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(2): 230–5.
 48. Аронов ДМ, Лупанов В.П. Функциональные пробы в кардиологии. Изд. 3-е. М.: Медпресс-информ, 2007. / Aronov D.M., Lupanov V.P. *Funktsional'nye proby v kardiologii*. Izd. 3-e. M.: Medpress-inform, 2007. [in Russian]
 49. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016; 37: 2315–81. DOI:10.1093/eurheartj/ehw106.
 50. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380: 9838: 219–29.
 51. Moholdt T, Bekken Vold M, Grimsmo J et al. Home-based aerobic interval training improves peak oxygen uptake equal to residential cardiac rehabilitation: a randomized, controlled trial. *PLoS One* 2012; 7(7): e41199.
 52. Аронов ДМ, Красницкий В.Б., Бубнова МГ. и др. Влияние физических тренировок на физическую работоспособность, гемодинамику, липиды крови, клиническое течение и прогноз у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных событий при комплексной реабилитации и вторичной профилактике на амбулаторно-поликлиническом этапе (Российское кооперативное исследование). Кардиология. 2009; с. 49–56. / Aronov D.M., Krasnitskii V.B., Bubnova M.G. et al. Vliianie fizicheskikh trenirovok na fizicheskuu rabotosposobnost', gemodinamiku, lipidy krvi, klinicheskoe techenie i prognoz u bol'nykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa posle ostrykh koronarnykh sobytii pri kompleksnoi reabilitatsii i vtorichnoi profilaktike na ambulatorno-poliklinicheskom etape (Rossiiskoe kooperativnoe issledovanie). *Kardiologiia*. 2009; s. 49–56. [in Russian]
 53. Аронов ДМ, Бубнова МГ, Перова Н.В. и др. Физические нагрузки и атеросклероз: проатерогенное влияние статических нагрузок высокой и умеренной интенсивности на липидтранспортную систему крови. Кардиология. 2003; 2(43): 35–9. / Aronov D.M., Bubnova M.G., Perova N.V. et al. Fizicheskie nagruzki i ateroskleroz: proaterogennoe vliianie staticheskikh nagruzok vysokoi i umerennoi intensivnosti na lipid-transportnuu sistemu krvi. *Kardiologiia*. 2003; 2(43): 35–9. [in Russian]
 54. Аронов ДМ, Бубнова МГ, Перова Н.В. и др. Физические нагрузки и атеросклероз: проатерогенное влияние статических нагрузок высокой и умеренной интенсивности на липидтранспортную систему крови. Кардиология. 2003; 2(43): 35–9. / Aronov D.M., Bubnova M.G., Perova N.V. et al. Fizicheskie nagruzki i ateroskleroz: proaterogennoe vliianie staticheskikh nagruzok vysokoi i umerennoi intensivnosti na lipid-transportnuu sistemu krvi. *Kardiologiia*. 2003; 2(43): 35–9. [in Russian]
 55. Бубнова МГ, Аронов ДМ, Перова Н.В. и др. Физические нагрузки и атеросклероз: динамические физические нагрузки
 - ки высокой интенсивности как фактор, индуцирующий экзогенную дислипидемию. Кардиология. 2003; 3: 43–9. [in Russian]
 56. Бубнова МГ, Аронов ДМ, Олферьев А.М., Бондаренко И.З. Модификация уровней липопротеидов и аполипопротеинов крови с помощью физических нагрузок разного вида и интенсивности у здоровых мужчин с нормо- и гиперлипидемией. Кардиоваск. терапия и профилактика. 2005; 2: 74–83. / Bubnova M.G., Aronov D.M., Olfer'ev A.M., Bondarenko I.Z. Modifikatsiia urovnei lipoproteidov i apolipoproteinov krvi s pomoshch'iu fizicheskikh nagruzok raznogo vida i intensivnosti u zdorovykh muzhchin s normo- i giperlipidemiei. *Kardiovask. terapiia i profilaktika*. 2005; 2: 74–83. [in Russian]
 57. Adams J, Cline MJ, Hubbard M et al. A new paradigm for post-cardiac event resistance exercise guidelines. *Am J Cardiol* 2006; 97(2): 281–6.
 58. Gbroubi S, Elleuch W, Abid L et al. Effects of a low-intensity dynamic-resistance training protocol using an isokinetic dynamometer on muscular strength and aerobic capacity after coronary artery bypass grafting. *Ann Phys Rehabil Med* 2013; 56(2): 85–101.
 59. Busch JC, Lillou D, Wittig G et al. Resistance and balance training improves functional capacity in very old participants attending cardiac rehabilitation after coronary bypass surgery. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(12): 2270–6.
 60. Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA et al. Exercise standards for testing and training: a statement for health care professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001; 104: 1694–740.
 61. Steg PG, James SK, Atar D et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 2012; 33: 2569–619.
 62. Sousa-Uva M, Storey R, Huber K et al, on behalf of ESC Working Group on Cardiovascular Surgery and ESC Working Group on Thrombosis Expert position paper on the management of antiplatelet therapy in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Eur Heart J* 2014; 35: 1510–4. DOI:10.1093/eurheartj/ehu158.
 63. Kulik A, Ruel M, Jneid H et al, on behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2015; 131(10): 927–64. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000182.
 64. Levine GN, Bates ER, Bittl JA et al, Focused Update Writing Group. 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease. *JACC* 2016. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.03.513.
 65. Devereaux PJ, Goldman L, Yusuf S et al. Surveillance and prevention of major perioperative ischemic cardiac events in patients undergoing noncardiac surgery: a review. *CMAJ* 2005; 173: 779–88.
 66. Stover EP, Siegel LC, Parks R et al. Variability in transfusion practice for coronary artery bypass surgery persists despite national consensus guidelines: a 24-institution study. *Anesthesiology* 1998; 88: 327–33.
 67. Daly DJ, Myles PS, Smith JA et al. Anticoagulation, bleeding and blood transfusion practices in Australasian cardiac surgical practice. *Anaesth Intensive Care* 2007; 35: 760–8.
 68. Bybee KA, Powell BD, Valeti U et al. Preoperative aspirin therapy is associated with improved postoperative outcomes in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Circulation* 2005; 112: 1286–92.
 69. Deja MA, Kargul T, Domaradzki W et al. Effects of preoperative aspirin in coronary artery bypass grafting: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2012; 144: 204–9.

70. Cao L, Young N, Liu H et al. Preoperative aspirin use and outcomes in cardiac surgery patients. *Ann Surg* 2012; 255: 399–404.
71. Myles PS, Smith JA, Forbes A et al, for the ATACAS Investigators of the ANZCA Clinical Trials Network. Stopping vs. Continuing Aspirin before Coronary Artery Surgery. *N Engl J Med* 2016; 374: 728–37. DOI: 10.1056/NEJMoa1507688.
72. Mangano DT. Aspirin and mortality from coronary bypass surgery. *N Engl J Med* 2002; 347: 1309–17.
73. De Leon N, Jackevicius CA. Use of aspirin and clopidogrel after coronary artery bypass graft surgery. *Ann Pharmacother* 2012; 46: 678–87. DOI: 10.1345/aph.1Q692.
74. Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH et al. for the TRITON-TIMI 38 Investigators. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2007; 357: 2001–15.
75. Held C, Asenblad N, Bassand JP et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes undergoing coronary artery bypass surgery. Results from the PLATO (Platelet Inhibition and Patient Outcomes) trial. *J Am Coll Cardiol* 2010; 57: 672–84.
76. Hansson EC, Jide'us L, Åberg B et al. Coronary artery bypass grafting-related bleeding complications in patients treated with ticagrelor or clopidogrel: a nationwide study. *Eur Heart J* 2015. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv381.
77. Gurbel PA, Bliden KP, Butler K et al. Randomized double-blind assessment of the ONSET and OFFSET of the antiplatelet effects of ticagrelor versus clopidogrel in patients with stable coronary artery disease: the ONSET/OFFSET study. *Circulation* 2009; 120: 2577–85.
78. Motwani JG, Topol EJ. Aortocoronary saphenous vein graft disease: pathogenesis, predisposition, and prevention. *Circulation* 1998; 97: 916–31.
79. Fabricius AM, Gerber W, Hanke M et al. Early angiographic control of perioperative ischemia after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 19: 853–8.
80. Puskas JD, Williams WH, Mahoney EM et al. Off-pump vs conventional coronary artery bypass grafting: early and 1-year graft patency, cost, and quality-of-life outcomes: a randomized trial. *JAMA J Am Med Assoc* 2004; 291: 1841–9.
81. Levy JH, Tanaka KA. Inflammatory response to cardiopulmonary bypass. *Ann Thorac Surg* 2003; 75: S715–S720.
82. Lorenz RL, Schacky CV, Weber M et al. Improved aortocoronary bypass patency by low-dose aspirin (100 mg daily). Effects on platelet aggregation and thromboxane formation. *Lancet* 1984; 1: 1261–4.
83. Mehta RH, Sheng S, O'Brien SM et al. Reoperation for bleeding in patients undergoing coronary artery bypass surgery: incidence, risk factors, time trends, and outcomes. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2: 583–90.
84. Sharma GV, Khuri SF, Josa M et al. The effect of antiplatelet therapy on saphenous vein coronary artery bypass graft patency. *Circulation* 1983; 68: II218–21.
85. Lim E, Ali Z, Ali A et al. Indirect comparison meta-analysis of aspirin therapy after coronary surgery. *BMJ* 2003; 327: 1309.
86. Bednar F, Tencer T, Plasil P et al. Evaluation of aspirin's effect on platelet function early after coronary artery bypass grafting. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2012; 26: 575–80. DOI: 10.1053/jjvca.2011.12.004.
87. Wu H, Wang J, Sun H et al. Preoperative continuation of aspirin therapy may improve perioperative saphenous venous graft patency after off-pump coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg* 2015; 99 (2): 576–80.
88. Zimmermann N, Kurt M, Wenk A et al. Is cardiopulmonary bypass a reason for aspirin resistance after coronary artery bypass grafting? *Eur J Cardiothorac Surg* 2005; 27: 606–10.
89. Wang G, Bainbridge D, Martin J, Cheng D. The efficacy of an intraoperative cell saver during cardiac surgery: a meta-analysis of randomized trials. *Anesth Analg* 2009; 109: 320–30.
90. Deo SV, Dunlay SM, Shab IK et al. Dual anti-platelet therapy after coronary artery bypass grafting: Is there any benefit? A systematic review and meta-analysis. *J Cardiac Surgery* 2013; 28 (2): 109–16. DOI: 10.1111/jocs.12074.
91. Wang Y, Chen S, Shi J-W, Dong N-G. Benefit and Safety of Dual Antiplatelet Therapy after Coronary Artery Bypass Grafting for Off-pump CABG: A Systematic Review and Meta-analysis Benefit and Safety of Dual Antiplatelet Therapy after Coronary Artery Bypass Grafting for Off-pump CABG: A Systematic Review and Meta-analysis. *Br J Med Medical Res* 2015; 9 (11): 1–15.
92. Smith PK, Goodnough LT, Levy JH et al. Mortality benefit with prasugrel in the TRITON-TIMI 38 coronary artery bypass grafting cohort: risk-adjusted retrospective data analysis. *J Am Coll Cardiol* 2012; 60: 388–96. DOI: 10.1016/j.jacc.2012.03.030.
93. Held C, Asenblad N, Bassand JP et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes undergoing coronary artery bypass surgery. Results from the PLATO (Platelet Inhibition and Patient Outcomes) trial. *J Am Coll Cardiol* 2010; 57: 672–84.
94. Roffi M, Patrono C, Collet J-Ph et al. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2016; 37: 267–315. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv320.
95. Mariani AM, Gu J, Boonstra PW et al. Procoagulant activity after off-pump coronary operation: is the current anticoagulation adequate? *Ann Thorac Surg* 1999; 67: 1370–5.
96. Wijeyesundera DN, Beattie WS, Djaiani G et al. Off-pump coronary artery surgery for reducing mortality and morbidity: meta-analysis of randomized and observational studies. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 872–82.
97. Шумков КВ, Лефтерова НЛ, Пак НЛ и др. Аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения и на работающем сердце: сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов и послеоперационных осложнений (нарушения ритма сердца, когнитивные и неврологические расстройства, реологические особенности и состояние системы гемостаза). *Креативная кардиология*. 2009; 1: 28–50. / Shumkov KV, Lefterova NP, Pak NL. i dr. Aortokoronarnoe shuntirovanie v usloviakh iskusstvennogo krovoobrascheniya i na rabotaiushchem serdtse: sravnitel'nyi analiz blizhaishikh i otdalennykh rezul'tatov i posleoperatsionnykh oslozhenii (naruseniia ritma serdtsa, kognitivnye i neurologicheskie rasstroistva, reologicheskie osobennosti i sostoianie sistemy gemostaza). *Kreativnaia kardiologiya*. 2009; 1: 28–50. [in Russian]
98. Mannacio VA, Di Tommaso L, Antignani A et al. Aspirin plus clopidogrel for optimal platelet inhibition following off-pump coronary artery bypass surgery: results from the CRYSSA (prevention of Coronary artery bypaSS occlusion After off-pump procedures) randomised study. *Heart* 2012; 98: 1710–5. DOI: 10.1136/heartjnl-2012-302449.
99. Johnson WD, Kayser KL, Hartz AJ, Saedi SF. Aspirin use and survival after coronary bypass surgery. *Am Heart J* 1992; 123: 603–8.
100. Farooq V, Serruys PW, Bourantas C et al. Incidence and multi-variable correlates of long-term mortality in patients treated with surgical or percutaneous revascularization in the Synergy Between Percutaneous Coronary Intervention With Taxus and Cardiac Surgery (SYNTAX) trial. *Eur Heart J* 2012; 33: 3105–13. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs367.
101. Mega JL, Braunwald E, Wiviott SD et al. Rivaroxaban in Patients with a Recent Acute Coronary Syndrome. *ATLAS ACS 2-TIMI 51 Investigators. N Engl J Med* 2012; 366: 9–19.
102. Christenson JT. Preoperative lipid-control with simvastatin reduces the risk of postoperative thrombocytosis and thrombotic complications following CABG. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999; 15: 394–9.
103. Aboyans V, Labrousse L, Lacroix P et al. Predictive factors of stroke in patient undergoing coronary bypass grafting: statins are protective. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 30: 300–4.
104. Coleman CI, Lucek DM, Hammond J, White CM. Preoperative statins and infectious complications following cardiac surgery. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 1783–90.

105. Tabata M, Kbalpey Z, Pirundini PA et al. Renoprotective effect of preoperative statins in coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol* 2007; 100: 442–4.
106. Liakopoulos OJ, Choi Y-H, Haldenuwang PL et al. Impact of preoperative statin therapy on adverse outcomes in patients undergoing cardiac surgery: a meta-analysis of over 30 000 patients. *Eur Heart J* 2008; 29: 1548–59.
107. Patti G, Chello M, Cadura D et al. Randomized trial of atorvastatin for reduction of postoperative atrial fibrillation in patients undergoing cardiac surgery: results of the Armyda-3 (Atorvastatin for Reduction of Myocardial Dysrhythmia After cardiac surgery) study. *Circulation* 2006; 114: 1455–61.
108. Mariscalco G, Lorusso R, Klersy C et al. Observational study on the beneficial effect of preoperative statins in reducing atrial fibrillation after coronary surgery. *Ann Thorac Surg* 2007; 84: 1158–64.
109. Ji Q, Mei Y, Wang X et al. Effect of preoperative atorvastatin therapy on atrial fibrillation following off-pump coronary artery bypass grafting. *Circ J* 2009; 73: 2244–9.
110. Knayzer B, Abramov D, Natalia B et al. Atrial fibrillation and plasma troponin I elevation after cardiac surgery: relation to inflammation-associated parameters. *J Card Surg* 2007; 22: 117–23.
111. Yang Z, Kozai T, van der Loo B et al. HMG-CoA reductase inhibition improves endothelial cell function and inhibits smooth muscle cell proliferation in human saphenous veins. *J Am Coll Cardiol* 2000; 36: 1691–7.
112. Kulik A, Ruel M. Lipid-lowering therapy and coronary artery bypass graft surgery: what are the benefits? *Curr Opin Cardiol* 2011; 26 (6): 508–17.
113. Werda JP, Tremoli E, Massironi P et al. Statins in coronary bypass surgery: rationale and clinical use. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 2132–40.
114. Philip F, Blackstone E, Kapadia SR. Impact of statins and beta-blocker therapy on mortality after coronary artery bypass graft surgery. *Cardiovasc Diagn Ther* 2015; 5 (1): 8–16.
115. Shab SJ, Waters DD, Barter P et al. Statin therapy and saphenous vein graft disease after coronary bypass surgery: analysis from the CASCADE randomized trial. *Ann Thorac Surg* 2011; 92: 1284–90. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2011.04.107.
116. Ouattara A, Benbaoua H, Le Manach Y et al. Perioperative statin therapy is associated with a significant and dose-dependent reduction of adverse cardiovascular outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2009; 23: 633–8. DOI: 10.1053/j.jvca.2009.02.008.
117. Kulik A, Voisine P, Mathieu P et al. Statin therapy and saphenous vein graft disease after coronary bypass surgery: analysis from the CASCADE randomized trial. *Ann Thorac Surg* 2011; 92: 1284–90. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2011.04.107.
118. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2014; 129 (Suppl. 2): S1–S45. DOI: 10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a.
119. Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM et al. 2016 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Non-Statin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk. A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents Endorsed by the National Lipid Association. *JACC* 2016; 68 (1): 92–125.
120. Khan MF, Wendel CS, Movahed MR. Prevention of post-coronary artery bypass grafting (CABG) atrial fibrillation: efficacy of prophylactic beta-blockers in the modern era: a meta-analysis of latest randomized controlled trials. *Ann Noninvasive Electrocardiol* 2013; 18: 58–68. DOI: 10.1111/anec.12004.
121. Ferguson TB, Coombs LP, Peterson ED. Preoperative beta-blocker use and mortality and morbidity following CABG surgery in North America. *JAMA* 2002; 287: 2221–7.
122. Mariscalco G, Klersy C, Zanobini M et al. Atrial fibrillation after isolated coronary surgery affects late survival. *Circulation* 2008; 118: 1612–8.
123. Brinkman W, Herbert MA, O'Brien S et al. Preoperative b-blocker use in coronary artery bypass grafting surgery: national database analysis. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 1320–7. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.2356.
124. Chen J, Radford MJ, Wang Y et al. Are beta-blockers effective in elderly patients who undergo coronary revascularization after acute myocardial infarction? *Arch Intern Med* 2000; 160: 947–52.
125. Geraci SA, Haan CK. Effect of beta blockers after coronary artery bypass in postinfarct patients: what can we learn from available literature? *Ann Thorac Surg* 2002; 74 (5): 1727–32.
126. Chan AY, McAlister FA, Norris CM et al. Effect of beta-blocker use on outcomes after discharge in patients who underwent cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2010; 140: 182–7.
127. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; 37: 2129–200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128.
128. Zhang H, Yuan X, Zhang H et al. Efficacy of Long-Term b-Blocker Therapy for Secondary Prevention of Long-Term Outcomes After Coronary Artery Bypass Grafting Surgery. *Circulation* 2015; 131: 2194–201. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114a.014209.
129. Raja SG, Fida N. Should angiotensin converting enzyme inhibitors/angiotensin II receptor antagonists be omitted before cardiac surgery to avoid postoperative vasodilation? *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2008; 7: 470–5.
130. Arora P, Rajagopal S, Ranjan R et al. Preoperative use of angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin receptor blockers is associated with increased risk for acute kidney injury after cardiovascular surgery. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 1266–73.
131. White CM, Kluger J, Lertsburapa K et al. Effect of preoperative angiotensin converting enzyme inhibitor or angiotensin receptor blocker use on the frequency of atrial fibrillation after cardiac surgery: a cohort study from the atrial fibrillation suppression trials II and III. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007; 31: 817–20.
132. Miceli A, Capoun R, Fino C et al. Effects of angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy on clinical outcome in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54: 1778–84.
133. Oosterlaan M, Voors AA, Pinto YM et al. Effects of quinapril on clinical outcome after coronary artery bypass grafting (The QUOVADIS Study). *Quinapril on Vascular Age and Determinants of Ischemia. Am J Cardiol* 2001; 87 (5): 542–6.
134. Rouleau JL, Warnica WJ, Baillot R et al. IMAGINE (Ischemia Management with Accupril post-bypass Graft via Inhibition of the converting Enzyme) Investigators. Effects of angiotensin-converting enzyme inhibition in low-risk patients early after coronary artery bypass surgery. *Circulation* 2008; 117: 24–31. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.685073.
135. Fox KM, Bertrand ME, Remme WJ et al. efficacy of perindopril in reducing risk of cardiac events in patients with revascularized coronary artery disease. *Am Heart J* 2007; 153: 629–35.
136. Al-Khatib SM, Hayley G, Harrington RA et al. Patterns of management of atrial fibrillation complicating coronary artery bypass grafting: results from the Project of Ex-vivo Vein graft Engineering via Transfection IV (PREVENT-IV) Trial. *Am Heart J* 2009; 158: 792–8.
137. Piper SN, Kumle B, Maleck WH et al. Diltiazem may preserve renal tubular integrity after cardiac surgery. *Can J Anaesth* 2003; 50: 285–92.
138. Mancina G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force

- for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013; 34 (28): 2159–219.
139. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *Eur Heart J* 2013. DOI: 10.1093/eurheartj/ehb296.
 140. Zhang N, Lei J, Liu Q et al. The effectiveness of preoperative trimetazidine on myocardial preservation in coronary artery bypass graft patients: a systematic review and meta-analysis. *Cardiology* 2015; 131 (2): 86–96.
 141. Лопатин Ю.М., Дронова Е.П. Клинико-фармакоэкономические аспекты применения триметазидина модифицированного высвобождения у больных ишемической болезнью сердца, подвергнутых коронарному шунтированию. *Кардиология*. 2009; 49 (2): 15–21. / Lopatin Yu.M., Dronova E.P. Kliniko-farmakoeconomicheskie aspekty primeneniia trimetazidina modifitsirovannogo vysvobozhdeniia u bol'nykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa, podvergnutykh koronarному shuntirovaniu. *Kardiologiia*. 2009; 49 (2): 15–21. [in Russian]
 142. Martins GF, Siqueira Filbo AG, Santos JB et al. Trimetazidine on ischemic injury and reperfusion in coronary artery bypass grafting. *Arq Bras Cardiol* 2011; 97 (3): 209–16.
 143. Ruzyllo W, Szwed H, Sadowski Z et al. Efficacy of trimetazidine in patients with recurrent angina: a subgroup analysis of the TRIM-POL II study. *Curr Med Res Opin* 2004; 20 (9): 1447–54.
 144. Pitt B, Zannad F, Remme WJ et al. for the Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. *N Engl J Med* 1999; 341: 709–17.
 145. Zannad F, McMurray JJ, Krum H et al. Eplerenone in Patients with Systolic Heart Failure and Mild Symptoms. *N Engl J Med* 2011; 364 (1): 11–21.
 146. Mariscalco G, Klersy C, Zanobini M et al. Atrial fibrillation after isolated coronary surgery affects late survival. *Circulation* 2008; 118: 1612–8.
 147. Fuster V, Ryde n LE, Cannom DS et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2011; 123: e269–367.
 148. Men E, Yildirimturk O, Tugcu A et al. The comparison between the efficiency of different anti-arrhythmic agents in preventing post-operative atrial fibrillation after open heart surgery. *Anadolu Kardiol Derg* 2008; 8 (3): 206–12.
 149. Сулимов В.А., Голицын С.П., Панченко Е.П. и др. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА, АССХ. *Рос. кардиол. журн.* 2013; 4 (102); Прил. 3: 1–100. / Sulimov V.A., Golitsyn S.P., Panchenko E.P. i dr. Diagnostika i lechenie fibrillatsii predserdii. Rekomendatsii RKO, VNOA, ASSKh. *Ros. kardiolog. zhurn.* 2013; 4 (102); Pril. 3: 1–100. [in Russian]
 150. Bagsbaw SM, Galbraith PD, Mitchell LB et al. Prophylactic amiodarone for prevention of atrial fibrillation after cardiac surgery: a metaanalysis. *Ann Thorac Surg* 2006; 82: 1927–37.
 151. Ecbabidi N, Pibarot P, O'Hara G, Mathieu P. Mechanisms, prevention, and treatment of atrial fibrillation after cardiac surgery. *JACC* 2008; 26: 51 (8): 793–801.
 152. Burgess DC, Kilborn MJ, Keech AC. Interventions for prevention of post-operative atrial fibrillation and its complications after cardiac surgery: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2006; 27: 2846–57.
 153. January CT, Wann LS, Alpert JS et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *JACC* 2014. DOI: 10.1016/j.jacc.2014.03.022.
 154. Cavender JB, Rogers WJ, Fisher LD et al, CASS Investigators. Effects of smoking on survival and morbidity in patients randomized to medical or surgical therapy in the Coronary Artery Surgery Study (CASS): 10-year follow-up. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20: 287–94.
 155. Van Domburg RT, op Reimer WS, Hoeks SE et al. Three life-years gained from smoking cessation after coronary artery bypass surgery: a 30-year follow-up study. *Am Heart J* 2008; 156: 473–6.
 156. Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum A et al. Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2301–5.
 157. Al-Sarraf N, Thalib L, Hughes A et al. Effect of smoking on short-term outcome of patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg* 2008; 86: 517–23. DOI:10.1016/j.athoracsurg.2008.03.070.
 158. Steingrimsdottir S, Gottfredsson M, Kristinsson KG, Gudbjartsson T. Deep sternal wound infections following open heart surgery in Iceland: a population-based study. *Scand Cardiovasc J* 2008; 42: 208–13. DOI: 10.1080/14017430801919557.
 159. Hilleman DE, Mobiusuddin SM, Packard KA. Comparison of conservative and aggressive smoking cessation treatment strategies following coronary artery bypass graft surgery. *Chest* 2004; 125: 435–8.
 160. Гамбарян М.Г., Калинина А.М. Оказание медицинской помощи по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. М., 2012. / Gambarian M.G., Kalina A.M. Okazanie meditsinskoj pomoshchi po profilaktike i otkazu ot kureniia. Metodicheskie rekomendatsii. M., 2012 [in Russian]
 161. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996; 335: 1792–98. DOI: 10.1056/NEJM199612123352402.
 162. Cabill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2013; Issue 5: 2. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
 163. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016; 387: 2507–20.
 164. Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N et al. Varenicline for Smoking Cessation in Hospitalized Patients With Acute Coronary Syndrome. *Circulation* 2015. DOI:10.1161/circulationaha.115.019634.
 165. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 344: e2856. DOI: 10.1136/bmj.e2856.
 166. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation* 2014; 129: 1972–86. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667.
 167. Mozaffarian D, Katan MB, Ascherio A et al. Trans fatty acids and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2006; 354: 1601–13.
 168. Threapleton DE, Greenwood DC, Evans CE et al. Dietary fibre intake and risk of cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013; 347: f6879.
 169. Zhang Z, Xu G, Liu D et al. Dietary fiber consumption and risk of stroke. *Eur J Epidemiol* 2013; 28: 119–30.
 170. Yao B, Fang H, Xu W et al. Dietary fiber intake and risk of type 2 diabetes: a dose-response analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol* 2014; 29: 79–88.
 171. Мерзляков В.Ю., Ключников И.В., Сигаев И.Ю., Керен М.А. Среднеотдаленные результаты выживаемости больных ишемической болезнью сердца с ожирением после аортокоронарного шунтирования. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2008; 5: 40–4. / Merzliakov V.Iu., Kliuchnikov I.V., Sigaev I.Iu., Keren M.A. Sredneotdalennye rezul'taty vyzhivaemosti bol'nykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa s ozhireniem posle aortokoronarnogo shuntirovaniia. *Grudnaia i serdечно-sosudistaia khirurgiia*. 2008; 5: 40–4. [in Russian]
 172. Сигаев И.Ю., Казарян А.В., Керен М.А. Влияние ожирения на эффективность аортокоронарного шунтирования у

- больных ИБС. *Анналы хирургии*. 2010; 1: 41–6. / Sigaev Iu., Kazarian AV, Keren MA. Vlianie ozbireniia na effektivnost' aortokoronarnogo shuntirovaniia u bol'nykh IBS. *Annaly khirurgii*. 2010; 1: 41–6. [in Russian]
173. Morkedal B. Metabolically healthy obesity confers excess risk for HF, but not acute MI. *J Am Coll Cardiol* 2014; DOI:10.1016/j.jacc.2013.11.035.
 174. Чумакова ГА, Веселовская НГ, Козаренко АА, Воробьева Ю.В. Особенности морфологии, структуры и функции сердца при ожирении. *Рос. кардиол. журн.* 2012; 4: 93–9. / Chumakova GA, Veselovskaia N.G, Kozarenko AA, Vorob'eva Iu.V. Osobennosti morfologii, struktury i funktsii serdtsa pri ozhirenii. *Ros. kardiolog. zhurn.* 2012; 4: 93–9. [in Russian]
 175. Mazzali G, Fantin F, Zoico E et al. Heart Fat Infiltration In Subjects With and Without Coronary Artery Disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100 (9): 3364–71.
 176. Бокерия ЛА, Какителашвили МА, Ключников И.В. и др. Результаты хирургического лечения ИБС у больных с ожирением. *Анналы хирургии*. 2007; 4: 21–6. / Bokeriia LA, Kakitelashvili MA, Kliuchnikov IV. i dr. Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniia IBS u bol'nykh s ozhireniem. *Annaly khirurgii*. 2007; 4: 21–6. [in Russian]
 177. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A et al. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity: Criteria for EASO-collaborating centres for obesity management. *Obes Facts* 2011; 4: 329–33.
 178. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation* 2014; 129 (25 Suppl. 2): S102–S138.
 179. Kocz R, Hassan MA, Perala PR et al. The effect of weight loss on the outcome after coronary artery bypass grafting in obese patients. *Ann Card Anaesth* 2012; 15: 190–8. DOI: 10.4103/0971-978497975.
 180. Mehta RH, Bhatt DL, Steg PG et al. REACH Registry Investigators. Modifiable risk factors control and its relationship with 1 year outcomes after coronary artery bypass surgery: insights from the REACH registry. *Eur Heart J* 2008; 29: 3052–60. DOI: 10.1093/eurheartj/ehn478.
 181. Ouattara A, Lecomte P, Le Manach Y et al. Poor intraoperative blood glucose control is associated with a worsened hospital outcome after cardiac surgery in diabetic patients. *Anesthesiology* 2005; 103: 687–94.
 182. Gandbi GY, Nuttall GA, Abel MD et al. Intraoperative hyperglycemia and perioperative outcomes in cardiac surgery patients. *Mayo Clin Proc* 2005; 80: 862–6.
 183. Bhamidipati CM, LaPar DJ, Stukenborg GJ et al. Superiority of moderate control of hyperglycemia to tight control in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 141: 543–51.
 184. Chaitman BR, Hardison RM, Adler D et al. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes randomized trial of different treatment strategies in type 2 diabetes mellitus with stable ischemic heart disease: impact of treatment strategy on cardiac mortality and myocardial infarction. *Circulation* 2009; 120: 2529–40.
 185. Rydén L, Grant PJ, Anker SD et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2013; 34: 3035–87. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1108.
 186. Lazar HL, McDonnell M, Chipkin SR et al. The Society of Thoracic Surgeons practice guideline series: Blood glucose management during adult cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* 2009; 87: 663–9.
 187. Banning AP, Westaby S, Morice MC et al. Diabetic and nondiabetic patients with left main and/or 3-vessel coronary artery disease: comparison of outcomes with cardiac surgery and paclitaxel-eluting stents. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55: 1067–75. DOI: 10.1016/j.jacc.2009.09.057.
 188. Lorusso R, Pentiricci S, Raddino R et al. Influence of type 2 diabetes on functional and structural properties of coronary artery bypass conduits. *Diabetes* 2003; 52: 2814–20.
 189. Sabik JF 3rd, Blackstone EH, Gillinov AM et al. Occurrence and risk factors for reintervention after coronary artery bypass grafting. *Circulation* 2006; 114 (Suppl.): I454–60. DOI: 10.1161/circulationaha.105.001149.
 190. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2012. *Diabetes Care* 2012; 35 (Suppl. 1): S11–S63.
 191. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS et al. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet* 2001; 358: 1766–71.
 192. Goyal TM, Idler EL, Krause TJ, Contrada RJ. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67: 759–65. DOI: 10.1097/01.psy.0000174046.40566.80.
 193. Borowicz L Jr, Royall R, Grega M et al. Depression and cardiac morbidity 5 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics* 2002; 43: 464–71.
 194. Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003; 362: 604–9.
 195. Gallagher R, McKinley S. Anxiety, depression and perceived control in patients having coronary artery bypass grafts. *J Adv Nurs* 2009; 65: 2386–96. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05101.x.
 196. Hedges C, Redeker NS. Comparison of sleep and mood in patients after on-pump and off-pump coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care* 2008; 17: 133–40.
 197. Beckie TM, Beckstead JW, Schocken DD et al. The effects of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: a randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 3–12. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.06.005.
 198. Dao TK, Youssef NA, Armsworth M et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 142: e109–e15. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2011.02.046.
 199. Chocron S, Vandel P, Durst C et al. Antidepressant therapy in patients undergoing coronary artery bypass grafting: the MOTIV-CABG trial. *Ann Thorac Surg* 2013; 95: 1609–18. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2013.02.035.
 200. Bucerius J, Gummert JF, Borger MA et al. Predictors of delirium after cardiac surgery delirium: effect of beating-heart (off-pump) surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2004; 127: 57–64.
 201. Rudolph JL, Jones RN, Rasmussen LS et al. Independent vascular and cognitive risk factors for postoperative delirium. *Am J Med* 2007; 120: 807–13.
 202. Rudolph JL, Babikian VL, Treanor P et al. Microemboli are not associated with delirium after coronary artery bypass graft surgery. *Perfusion* 2009; 24: 409–15.
 203. Gottesman RF, Grega MA, Bailey MM et al. Delirium after coronary artery bypass graft surgery and late mortality. *Ann Neurol* 2010; 67: 338–44.
 204. Hudetz JA, Iqbal Z, Gandbi SD et al. Postoperative delirium and short-term cognitive dysfunction occur more frequently in patients undergoing valve surgery with or without coronary artery bypass graft surgery compared with coronary artery bypass graft surgery alone: results of a pilot study. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2011; 25: 811–6.
 205. Andrew MJ, Baker RA, Bennetts J et al. A comparison of neuropsychological deficits after extracardiac and intracardiac surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2001; 15: 9–14.
 206. Raymond PD, Hinton-Bayre AD, Radel M et al. Assessment of statistical change criteria used to define significant change in neuropsychological test performance following cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 29: 82–8.
 207. Takagi H, Tanabashi T, Kawai N et al. A meta-analysis of minimally invasive coronary artery bypass versus percutaneous coronary intervention with stenting for isolated left anterior de-

- scending artery disease is indispensable. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 134: 548–9.
208. Sweet JJ, Finnin E, Wolfe PL et al. Absence of cognitive decline one year after coronary bypass surgery: comparison to nonsurgical and healthy controls. *Ann Thorac Surg* 2008; 85: 1571–8. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2008.01.090.
 209. Ho PM, Arciniegas DB, Grigsby J et al. Predictors of cognitive decline following coronary artery bypass graft surgery. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 597–603. DOI: 10.1016/S0003-4975(03)01358-4.
 210. Selnes OA, Grega MA, Borowicz LM Jr et al. Cognitive changes with coronary artery disease: a prospective study of coronary artery bypass graft patients and nonsurgical controls. *Ann Thorac Surg* 2003; 75: 1377–84.
 211. Selnes OA, Grega MA, Bailey MM et al. Cognition 6 years after surgical or medical therapy for coronary artery disease. *Ann Neurol* 2008; 63: 581–90.
 212. Van Dijk D, Spoor M, Hijman R et al. Cognitive and cardiac outcomes 5 years after off-pump vs on-pump coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 2007; 297: 701–8.
 213. Князева Т.А., Бадтиева В.А. Физиобальнеотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. М., 2008. / Kniazeva T.A., Badtieva V.A. Fiziobal'neoterapiia serdechno-sosudistykh zabolevanii. M., 2008. [in Russian]
 214. Gundle MJ, Reeves BR Jr, Tate S et al. Psychosocial outcome after coronary artery surgery. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1591–4.
 215. Nasbef SA, Mackenzie M. Sexual function after coronary surgery. *BMJ* 1991; 302: 724.
 216. Lai YH, Hsieh SR, Ho WC, Chiou AF. Factors associated with sexual quality of life in patients before and after coronary artery bypass grafting surgery. *J Cardiovasc Nurs* 2011; 26: 487–96.
 217. Foruzan-Nia SK, Abdollami MH, Hekmatimoghaddam SH et al. Incidence of sexual dysfunction in men after cardiac surgery in Afshar hospital, Yazd. *Ir J Reproduct Med* 2011; 9 (2): 89–94.
 218. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG et al; on behalf of the American Heart Association Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125: 1058–72.
 219. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA et al, on behalf of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing of the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Sexual Counselling for Individuals With Cardiovascular Disease and Their Partners. A Consensus Document From the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur Heart J* 2013. DOI: 10.1093/eurheartj/ehb270.
 220. Heidbuchel H, Corrado D, Biffi A et al. Study Group on Sports Cardiology of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Recommendations for participation in leisure-time physical activity and competitive sports of patients with arrhythmias and potentially arrhythmogenic conditions, part II: ventricular arrhythmias, channelopathies and implantable defibrillators. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13: 676–86.
 221. Jaarsma T, Steinke EE, Gianotten WL. Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. *J Cardiovasc Nurs* 2010; 25: 159–64.
 222. Roose SP, Seidman SN. Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor? *Am J Cardiol* 2000; 86: 38F–40F.
 223. Nicolosi A, Moreira ED Jr, Villa M, Glasser DB. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *J Affect Disord* 2004; 82: 235–43.
 224. Friedman S. Cardiac disease, anxiety, and sexual functioning. *Am J Cardiol* 2000; 86: 46F–50F.
 225. Kriston L, Gunzler C, Agyemang A et al. SPARK Study Group. Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation: findings of the SPARK project in 493 patients. *J Sex Med* 2010; 7: 2044–55.
 226. Kloner RA. Cardiovascular effects of the 3 phosphodiesterase-5 inhibitors approved for the treatment of erectile dysfunction. *Circulation* 2004; 110: 3149–55.
 227. Kloner RA. Erectile dysfunction and hypertension. *Int J Impot Res* 2007; 19: 296–302.
 228. Padma-Nathan H, Eardley I, Kloner RA et al. A 4-year update on the safety of sildenafil citrate (Viagra). *Urology* 2002; 60 (Suppl. 2): 67–90.
 229. Mittleman MA, Maclure M, Glasser DB. Evaluation of acute risk for myocardial infarction in men treated with sildenafil citrate. *Am J Cardiol* 2005; 96: 443–6.
 230. Kloner RA, Jackson G, Hutter AM et al. Cardiovascular safety update of tadalafil: retrospective analysis of data from placebo-controlled and open-label clinical trials of tadalafil with as needed, three times-per-week or once-a-day dosing. *Am J Cardiol* 2006; 97: 1778–84.
 231. Webb DJ, Freestone S, Allen MJ, Muirhead GJ. Sildenafil citrate and blood-pressure-lowering drugs: results of drug interaction studies with an organic nitrate and a calcium antagonist. *Am J Cardiol* 1999; 83: 21–8.
 232. Sellier P, Varailac P, Chatellier G et al. Investigators of the PERISCOP Study Factors influencing return to work at one year after coronary bypass graft surgery: results of the PERISCOP study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: 469–75.
 233. Perk J, Alexanderson K. Sick leave due to coronary artery disease or stroke. *Scand J Public Health* 2004; 32: 181–206.
 234. Hållberg V, Palomäki A, Kataja M et al. Return to work after coronary artery bypass surgery: A 10-year follow-up study. *Scand Cardiovasc J* 2009; 43 (5): 277–84.
 235. Bradshaw PJ, Jamrozik K, Gilfillan IS, Thompson PL. Return to work after coronary artery bypass surgery in a population of long-term survivors. *Heart Lung Circ* 2005; 14 (3): 191–6.
 236. Karoff M, Röseler S, Lorenz C, Kittel J. Intensified after-care – a method for improving occupational reintegration after myocardial infarct and/or bypass operation. *Z Kardiol* 2000; 89 (5): 423–33.
 237. Korzeniowska-Kubacka I, Piotrowicz R. Cardiological rehabilitation – a chance of returning to work. *Med Pr* 2005; 56 (4): 325–7.
 238. Ардашев В.Н., Замотаев Ю.Н., Антошина И.Н. Качество жизни и трудоспособность больных после аортокоронарного шунтирования. *Воен.-мед. журн.* 2003; 6: 48–53. / Ardashev V.N., Zamotaev Yu.N., Antoshina I.N. Kachestvo zhizni i trudosposobnost' bol'nykh posle aortokoronarnogo sbuntirovaniia. *Voен.-мед. zhurn.* 2003; 6: 48–53. [in Russian]
 239. Петров В.И., Лопаткин Ю.М., Дронова Е.П. Реваскуляризация миокарда в лечении больных ИБС с точки зрения клинико-экономических аспектов эффективности. *Вестн. ВолГМУ.* 2010; 4: 18–21. / Petrov V.I., Lopatkin Yu.M., Droнова E.P. Revaskularizatsiia miokarda v lechenii bol'nykh IBS s tochkii zreniia kliniko-ekonomicheskikh aspektov effektivnosti. *Vestn. VolGMU.* 2010; 4: 18–21. [in Russian]
 240. Эфрос Л.А., Самородская И.В. Выживаемость и трудоспособность у мужчин после коронарного шунтирования (анализ данных регистра). *Клин. медицина.* 2013; 5: 27–31. / Efros L.A., Samorodskaya I.V. Vyzhivaemost' i trudosposobnost' u muzhchin posle koronarnogo sbuntirovaniia (analiz dannykh registra). *Klin. meditsina.* 2013; 5: 27–31. [in Russian]
 241. Лубинская, Е.И., Николаева О.Б., Демченко Е.А. Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование. *Вестн. Рос. воен.-мед. акад.* 2012; 1: 218–23. / Lubinskaia, E.I., Nikolaeva O.B., Demchenko E.A. Sopostavlenie klinicheskoi i sotsial'noi effektivnosti kardioreabilitatsii bol'nykh, perenesshibh koronarnoe sbuntirovanie. *Vestn. Ros. voen.-мед. akad.* 2012; 1: 218–23. [in Russian]

242. Помешкина С.А., Кондрикова Н.В., Крутянко Е.В. и др. Анализ подходов к оценке стойкой утраты трудоспособности у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию. *Кардиология*. 2013; 7: 62–6. / Pomesbkina SA, Kondrikova NV, Kručianko EV. i dr. Analiz podkhodov k otsenke stoikoi utraty trudospobnosti u patsientov, podvergsbikhsia koronarnomu sbuntirovaniu. *Kardiologiia*. 2013; 7: 62–6. [in Russian]
243. Старовойтова И.М. Экспертиза временной нетрудоспособности в свете нового законодательства. Правовые вопр. в здравоохранении. 2012; 6: 96–108. / Starovoitova I.M. Ekspertiza vremennoi netrudospobnosti v svete novogo zakonodatel'stva. *Pravovye voпр. v zdravookbraniinii*. 2012; 6: 96–108. [in Russian]
244. Казакевич Д.С., Смычек В.Б., Власова-Розанская Е.В., Титко С.А. Медико-социальная экспертиза больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования. *Мед. новости*. 2008; 11: 46–50. / Kazakevich D.S., Smychek V.B., Vlasova-Rozanskaia E.V., Titko SA. Mediko-sotsial'naia ekspertiza bol'nykh ishemicheskoi bolezni'iu serdtsa posle koronarnogo sbuntirovaniia. *Med. novosti*. 2008; 11: 46–50. [in Russian]
245. Макарова О.В., Маслова В.Г., Ряснянский В.Ю. и др. Медико-социальная экспертиза при внутренних болезнях и туберкулезе органов дыхания. Пособие для врачей. Под ред. З.Д.Шварцмана. СПб.: Рекорд, 2009; с. 49–50. / Makarova OV, Maslova V.G., Riasnianskii V.Iu. i dr. Mediko-sotsial'naia ekspertiza pri vnutrennikh bolezniakh i tuberkuleze organov dykhaniiia. *Posobie dlia vrachei*. Pod red. Z.D.Sbvartsmana. SPb: Rekord, 2009; s. 49–50. [in Russian]
246. Постановление Правительства РФ от 20.06.2006 №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом». URL: <http://www.mgppri.ru/IPIO/normativno-pravovaja%20baza.php> (дата обращения: 12.03.2013). / Postanovlenie Praitel'stva RF ot 20.06.2006 №95 «O poriadke i usloviakh priznaniia litsa invalidom». URL: <http://www.mgppri.ru/IPIO/normativno-pravovaja%20baza.php> (data obrashcheniia: 12.03.2013). [in Russian]
247. Лаврова Д.И., Либман Е.С., Пузин С.Н. и др. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях медико-социальной экспертизы. Медико-соц. экспертиза и реабилитация. 2004; 2: 45–57. / Lavrova DI, Libman ES, Puzin SN. i dr. Kriterii otsenki ogranichenii zhiznedeiatel'nosti v uchrezhdeniiakh mediko-sotsial'noi ekspertizy. *Mediko-soц. ekspertiza i reabilitatsiia*. 2004; 2: 45–57. [in Russian]
248. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Справочное издание. Под ред. М.В.Коробова, В.Г.Помникова. Изд. 3-е, перераб. и доп. СПб.: Гиппократ, 2010. / Spravocbnik po mediko-sotsial'noi ekspertize i reabilitatsii. *Spravocbnoe izdanie*. Pod red. MV.Korobova, V.G.Pommikova. Izd. 3-e, pererab. i dop. SPb: Gippokrat, 2010. [in Russian]

* —

Организация кардиореабилитации в России. Результаты Пилотного проекта «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации»

М.Г.Бубнова¹, Д.М.Аронов¹, С.А.Бойцов¹, Г.Е.Иванова², А.Г.Андреев³, О.Л.Барбараш⁴, В.В.Белова⁵, В.Н.Белов⁶, Б.В.Борисов⁷, Е.В.Иванов⁸, И.М.Карамова⁹, А.В.Карпухин¹⁰, В.Б.Красницкий¹, Е.С.Кылбанова¹¹, П.А.Лебедев¹², Е.А.Лисняк¹³, Н.П.Лямина¹⁴, Т.Н.Мизурова¹⁵, О.Ф.Мисюра¹⁰, И.Е.Мишина⁵, О.В.Мищенко¹⁶, С.Ю.Никулина¹⁷, Н.И.Остроушко¹⁸, С.А.Помешкина⁴, А.С.Сидоров¹⁹, А.А.Сприкут²⁰, И.С.Сухинина⁸, А.Г.Ткачева²⁰, С.А.Устюгов²¹, Г.А.Чумакова²² от имени участников Пилотного проекта*

¹ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3;

²ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1;

³ОБУЗ Городская клиническая больница №3. 153008, Россия, Иваново, ул. Постышева, д. 57/3;

⁴ФГБНУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. 650002, Россия, Кемерово, Сосновый б-р, д. 6;

⁵ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России. 153462, Россия, Иваново, Шереметевский пр., д. 8;

⁶БУЗ ВО Воронежская городская клиническая больница №3. 394030, Россия, Воронеж, ул. Плехановская, д. 66;

⁷ГБУ РС(Я) Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи. 677000, Россия, Якутск, ул. Петра Алексеева, д. 83а;

⁸ФГБУ Санаторий им. Горького Минздрава России. 141142, Россия, Щелковский р-н, пос. «Юность»;

⁹ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи. 450106, Россия, Уфа, ул. Батырская, д. 39/2;

¹⁰ЗАО Санаторий «Черная речка». 197729, Россия, Санкт-Петербург, пос. Молодежное, Приморское ш., д. 648;

¹¹ФГАОУ ФО Северо-Восточный федеральный университет им. М.К.Аммосова. 677000, Россия, Якутск, ул. Белинского, д. 58;

¹²ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России. 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89;

¹³КГБУЗ Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С.Берзона. 660123, Россия, Красноярск, ул. Инструментальная, д. 12;

¹⁴НИИ кардиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России. 410012, Россия, Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112;

¹⁵БУ Республиканский кардиологический диспансер Минздрава Чувашии. 480020, Россия, Чебоксары, ул. Федора Гладкова, д. 29А;

¹⁶ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина. 443095, Россия, Самара, ул. Ташкентская, д. 159;

¹⁷ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России. 660022, Россия, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1;

¹⁸Департамент здравоохранения Воронежской области. 394036, Россия, Воронеж, ул. Никитская, д. 5;

¹⁹ГБУЗ РС(Я) Республиканская больница №3. 677027, Россия, Якутск, ул. Горького, д. 94;

²⁰МБУЗ Городская клиническая больница №2. 454080, Россия, Челябинск, пр-т Ленина, д. 82;

²¹КГБУЗ Краевая клиническая больница. 660022, Россия, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3а;

²²ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России. 656038, Россия, Барнаул, пр-т. Ленина, д. 40

Цель. В рамках Пилотного проекта организовать или провести усовершенствование работы уже имеющихся структурных подразделений в конкретных лечебных учреждениях (ЛУ) России с целью оказания реабилитационной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на трех этапах в рамках действующего «Порядка оказания медицин-

*Участники Пилотного проекта: Е.В.Ломтева, Л.А.Старкова, Т.В.Штырова (Барнаул); Ю.В.Довгалюк, Д.С.Суханова (Иваново); А.А.Чернова (Красноярск); Е.М.Родзинская (Москва); П.В.Александров, А.А.Горюнова, И.А.Зобенко, Н.Б.Перепеч, В.Н.Шестаков (Санкт-Петербург); Э.С.Карпова, Е.В.Котельникова (Саратов); Э.РАбдюкова, Н.Р.Газизова, К.С.Петрушкин (Уфа); А.В.Карпова (Чебоксары); Д.Л.Ильиных, Н.Н.Карауловская (Челябинск); В.Н.Никаноров (Якутск).

ской помощи больным по медицинской реабилитации», внедрить в практику этих подразделений апробированные научно обоснованные подходы, формы и методы кардиореабилитации и попытаться создать определенный алгоритм маршрутизации больных.

Материал и методы. В Пилотный проект вошли 17 ЛУ из 13 субъектов Российской Федерации. Для анализа эффективности организационных моделей кардиореабилитации в ЛУ были разработаны единые специальные карты, позволяющие оценивать соответствие Порядку по медицинской реабилитации предоставляемой реабилитационной помощи кардиологическим больным, мультидисциплинарной команды, задействованной в оказании реабилитационной помощи, штатного расписания и оснащения ЛУ. Специальные карты состояли из трех разделов, каждый из которых позволял оценить эффективность работы на каждом из трех этапов кардиореабилитации:

I этап – блок реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) и специализированное кардиологическое отделение;

II этап – стационарное кардиореабилитационное отделение;

III этап – поликлиническое отделение кардиореабилитации.

В статье представлены результаты трехлетнего анализа с января 2013 г. по декабрь 2015 г.

Результаты. В рамках Пилотного проекта была организована кардиореабилитационная помощь I этапа в 10 ЛУ, II этапа – в 10 ЛУ и III этапа – в 7 ЛУ. К 2015 г. практически во всех ЛУ для оказания кардиореабилитационной помощи были сформированы мультидисциплинарные команды, состоящие из кардиолога, кардиолога-реабилитолога, врача лечебной физической культуры (ЛФК), инструктора-методиста ЛФК, психотерапевта, клинического психолога, физиотерапевта. Были предоставлены и оборудованы залы для занятий ЛФК, зал для проведения образовательных школ. Начало реабилитационного процесса с БРИТ позволило сократить пребывание больного на койке на 0,7 дня (с 2013 по 2015 г.) и на 1 день в кардиологическом отделении. В среднем 67% пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) стали переходить на II этап кардиореабилитации, в рамках которого они стали активнее вовлекаться в программу физической реабилитации, основу которой составляли классическая ЛФК, дозированная ходьба в помещении, физические тренировки на тренажерах. Во всех ЛУ были организованы образовательные школы для больных, активно проводились разъяснительные беседы с родственниками. Особые сложности в рамках проекта вызвала организация III этапа кардиореабилитации. В настоящее время проект продолжается.

Заключение. Проведенный анализ организации трехэтапной системы кардиореабилитационной помощи больным с ОИМ с учетом использования штатного расписания, оборудования и методологии, согласно действующему нормативному законодательству, показал существенное увеличение реабилитационной активности созданных мультидисциплинарных бригад на всех трех этапах кардиореабилитации, повышение количества применяемых методик реабилитации и улучшение качества их выполнения, а также продемонстрировал безопасность предлагаемых принципов физической реабилитации, согласно Российским клиническим рекомендациям «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика», в рамках предлагаемых организационных моделей кардиореабилитации.

Ключевые слова: кардиологическая реабилитация, острый инфаркт миокарда, организация, физические тренировки, этапы реабилитации.

✉mbubnova@gnicpm.ru

Для цитирования: Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Бойцов С.А. и др. Организация кардиореабилитации в России. Результаты Пилотного проекта «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации». КардиоСоматика. 2016; 7 (3): 72–81.

Cardiorehabilitation organization in Russia. The results of the pilot project "Development of the system of rehabilitation of patients with cardiovascular diseases in medical institutions of the Russian Federation"

M.G.Bubnova^{✉1}, D.M.Aronov¹, S.A.Boytssov¹, G.E.Ivanova², A.G.Andreev³, O.L.Barbarash⁴, V.V.Belova⁵, V.N.Belov⁶, B.V.Borisov⁷, E.V.Ivanov⁸, I.M.Karamova⁹, A.V.Karpukhin¹⁰, V.B.Krasnitskiy¹, E.S.Kylbanova¹¹, P.A.Lebedev¹², E.A.Lisnyak¹³, N.P.Lyamina¹⁴, T.N.Mizurova¹⁵, O.F.Misyura¹⁰, I.E.Mishina⁵, O.V.Mishchenko¹⁶, S.Yu.Nikulina¹⁷, N.I.Ostroushko¹⁸, S.A.Pomeshkina⁴, A.S.Sidorov¹⁹, A.A.Sprikut²⁰, I.S.Sukhinina⁸, A.G.Tkacheva²⁰, S.A.Ustyugov²¹, G.A.Chumakova²² from the participants of the pilot project*

¹State Research Centre for Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation. 101990, Russian Federation, Moscow, Petroverigskii per., d. 10, str. 3;

²N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1;

³City Clinical Hospital №3. 153008, Russian Federation, Ivanovo, ul. Postysheva, d. 57/3;

⁴Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 650002, Russian Federation, Kemerovo, Sosnovyi b-l., d. 6;

⁵Ivanovo State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation. 153462, Russian Federation, Ivanovo, pr. Sheremetevskii, d. 8;

⁶Voronezh City Clinical Hospital №3. 394030, Russian Federation, Voronezh, ul. Plekhanovskaia, d. 66;

⁷Republic hospital №2 – Center of emergency medical aid. 677000, Russian Federation, Yakutsk, ul. Petra Alekseeva, d. 83a;

⁸Gorky Sanatorium of the Ministry of Health of the Russian Federation. 141142, Russian Federation, Moscow region, Shchelkovskii r-n, pos. "Iunost";

⁹The emergency hospital. 450106, Russian Federation, Ufa, ul. Batyrskaya, d. 39/2;

¹⁰Sanatorium «Chernaya rechka». 197729, Russian Federation, Saint Petersburg, pos. Molodezhnoe, Primorskoe sh., d. 648;

¹¹M.K.Ammosov North-Eastern Federal University. 677000, Russian Federation, Yakutsk, ul. Belinskogo, d. 58;

¹²Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 443099, Russian Federation, Samara, ul. Chapaevskaya, d. 89;

- ¹³Berzon 20th Krasnoyarsk interregional clinical hospital. 660123, Russian Federation, Krasnoyarsk, ul. Instrumental'naya, d. 12;
- ¹⁴V.I.Razumovskiy Saratov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 410012, Russian Federation, Saratov, ul. Bol'shaia Kazach'ia, d. 112;
- ¹⁵Republican Cardiology Dispensary of the Ministry of Health of Chuvashia. 480020, Russian Federation, Cheboksary, ul. Fedora Gladkova, d. 29A;
- ¹⁶V.D.Seredavin Samara Regional Clinical Hospital. 443095, Russian Federation, Samara, ul. Tashkentskaya, d. 159;
- ¹⁷Prof. V.F.Voino-Yasenetski Krasnoyarsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 660022, Russian Federation, Krasnoyarsk, ul. Partizana Zhelezniaka, d. 1;
- ¹⁸The Department of Health of the Voronezh Region. 394036, Russian Federation, Voronezh, ul. Nikitskaya, d. 5;
- ¹⁹Republican Hospital №3. 677027, Russian Federation, Yakutsk, ul. Gor'kogo, d. 94;
- ²⁰City Clinical Hospital №2. 454080, Russian Federation, Chelyabinsk, pr. Lenina, d. 82;
- ²¹Regional Clinical Hospital. 660022, Russian Federation, Krasnoyarsk, ul. Partizana Zhelezniaka, d. 3a;
- ²²Altai State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 656038, Russian Federation, Barnaul, pr-t. Lenina, d. 40

Goal. The pilot project to organize or conduct performance improvement of existing structural units in specific hospitals (LU) Russia to provide rehabilitative care for patients with cardiovascular diseases in three stages under the current "Procedure for the provision of medical care for patients in medical rehabilitation", to introduce in practice these units tested scientifically sound approaches, forms and methods of cardio-rehabilitation, and try to create some patients routing algorithm.

Material and methods. The pilot project includes 17 of the medical institutions of 13 regions of Russian Federation. Single special cards that allow to evaluate the appropriate order on the medical rehabilitation provided rehabilitation assistance to cardiac patients, a multidisciplinary team involved in the provision of rehabilitation assistance, staffing and equipping MI To analyze the effectiveness of organizational models in cardiorehabilitation MI have been developed. Special cards consisted of three sections, each of which allows you to evaluate the effectiveness of each of the three stages cardiorehabilitation:

Stage I – unit intensive care unit (BRIT), and a specialized cardiology department;

Stage II – stationary cardiorehabilitation department;

Stage III – patient department cardiorehabilitation.

The article presents the results of a three-year analysis from January 2013 to December 2015.

Results. The pilot project was organized with the cardiorehabilitation help stage I in 10 DR, II stage – a 10-LU and Phase III – 7 DR. By 2015, almost all of Latvia to provide assistance in cardiorehabilitation area, multidisciplinary teams consisting of a cardiologist, cardiologist, rehabilitator, medical physical culture (physical therapy) specialist, physical therapy instructor-methodologist, psychotherapist, clinical psychologist, physiotherapist were formed. They were provided and equipped with facilities to practice physical therapy, room for educational schools. Home rehabilitation process BRIT has reduced the patient's stay in the bed of 0.7 days (2013 to 2015) and for 1 day in the cardiology department. On average, 67% of patients with acute myocardial infarction (AMI) were translated into Phase II cardiorehabilitation in which they have become actively involved in the physical rehabilitation program, which is based on a classic exercise therapy, dosage walking in the room, physical training on simulators. Each MI educational schools were organized for patients actively pursued discussions with the relatives. Special complexity of the project has caused the organization phase III cardiorehabilitation. The project is currently ongoing.

Conclusion. The analysis of the organization of a three-stage kardioreabilitatsionnoy care system with AMI patients considering the use of staffing, equipment and methodology, according to the current normative law, showed a significant increase in recreational activities created by multidisciplinary teams in all three stages of cardio-rehabilitation, increasing the number of used rehabilitation methods and improve the quality of their performance, as well as demonstrated safety of the proposed principles of physical rehabilitation, according to Russian clinical guidelines "Acute myocardial infarction with ST-segment elevation ECG: rehabilitation and secondary prevention", in the framework of the proposed organizational models cardiorehabilitation.

Key words: cardiac rehabilitation, acute myocardial infarction, organization, physical training, rehabilitation stages.

✉ mbubnova@gnicpm.ru

For citation: Bubnova M.G., Aronov D.M., Boytsov S.A. et al. Cardiorehabilitation organization in Russia. The results of the pilot project "Development of the system of rehabilitation of patients with cardiovascular diseases in medical institutions of the Russian Federation". *Cardiosomatics*. 2016; 7 (3): 72–81.

Государственной думой 1 ноября 2011 г. был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одобренный 9 ноября 2011 г. Советом Федерации. Статья 40 этого закона, посвященная медицинской реабилитации, определяет ее как «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество».

Минздравом России был утвержден новый «Порядок организации медицинской реабилитации» №1705н от 29 декабря 2012 г., согласно которому медицинская (в том числе кардиологическая) реабилитация осуществляется в соответствии с принципами обоснованности, этапности, непрерывности, мультидисциплинарности, преемственности реабилитационных мероприятий между медицинскими организациями и ориентированности на четко сформулированную цель проведения реабилитационных мероприятий.

Кардиологическая реабилитационная помощь оказывается в плановом порядке в рамках первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи: в стационаре, дневном стационаре, поликлинике, вне лечебного учреждения – ЛУ (на дому) путем вызова специалиста (мультидисциплинарной бригады) реабилитационного отделения медицинской организации, оказывающей помощь по медицинской

реабилитации. В зависимости от тяжести состояния пациента кардиореабилитационная помощь осуществляется в 3 этапа [1]:

- **I этап – стационарный**, начинается с блока реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) и продолжается после перевода больного в обычную палату кардиологического отделения больницы или сосудистого центра.
- **II этап – стационарный реабилитационный**, проводится в стационарном кардиореабилитационном отделении специализированного Центра кардиологической реабилитации или мультидисциплинарного Центра медицинской реабилитации.
- **III этап – поликлинический реабилитационный**, выполняется в диспансерно-поликлиническом отделе специализированного Центра кардиологической реабилитации или мультидисциплинарного Центра медицинской реабилитации.

Кардиологическая реабилитация (КР) показана пациентам с перспективой восстановления функций, подтвержденной результатами обследования, и имеющим высокий, средний или низкий реабилитационный потенциал. Больные с крайне низким реабилитационным потенциалом в основном нуждаются в симптоматическом медикаментозном лечении, поддерживающем жизнь, и пребывании на постоянном полупостельном/постельном режиме, в том числе в специальных лечебных заведениях для бесперспективных пациентов. Критерии оценки реабилитационного потенциала имеют значение для подбора больному оптимального объема реабилитационной помощи на каждом этапе реабилитации и перевода его с одного этапа на другой. При определении реабилитационного потенциала следует учитывать степень мотивированности пациента к предстоящему реабилитационному лечению.

КР выполняется на любом сроке заболевания при стабильном клиническом состоянии больного, отсутствии противопоказаний к применению отдельных реабилитационных методов и на основании четко определенной реабилитационной цели. КР включает в себя комплекс мероприятий [1]:

- обучение пациентов в «Школе для больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), и/или чрескожные вмешательства (ЧКВ), и/или хирургические операции на сосудах сердца (коронарное шунтирование – КШ) и их родственников» с целью информирования их о благоприятном влиянии изменений образа жизни и модификации факторов риска (ФР) на течение заболевания и долгосрочную выживаемость;
- вовлечение пациентов в разные программы физической реабилитации с применением длительных физических тренировок (ФТ) в условиях ЛУ (контролируемых ФТ) и дома (неконтролируемые «домашние» ФТ);
- помощь в психологической адаптации к наличию хронического заболевания, а также повышение мотивации пациентов к участию в реабилитационно-профилактических программах, в том числе с помощью специалистов по психическому здоровью (психологов, психотерапевтов);
- применение эффективной и основанной на доказательствах лекарственной терапии.

КР осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады, в составе которой врач анестезиолог-реаниматолог, кардиолог, интервенционный кардиолог, кардиохирург, врачи отделения кардио-

реабилитации, отделения (кабинета) физиотерапии и отделения лечебной физической физкультуры (ЛФК), инструкторы/методисты ЛФК, диетологи, клинические психологи, психотерапевты, врачи функциональной диагностики, медицинские сестры, социальные работники и др. Ведущая роль в этой мультидисциплинарной команде принадлежит сертифицированному по реабилитации кардиологу-реабилитологу. Мультидисциплинарный подход обеспечивает принятие сбалансированных решений и ведение больного на многопрофильной основе.

После принятия законодательных актов на повестку дня вышла проблема внедрения новой поэтапной системы медицинской реабилитации в клиническую практику. Для ее успешного решения в области кардиологической реабилитации необходимо: создать сами организационные структуры, оборудовать их современной реабилитационной медицинской техникой, подготовить медицинские кадры, в том числе по моделям новых медицинских (например, врач по физической и реабилитационной медицине) и педагогических специальностей, определить маршрутизацию кардиологического пациента в рамках структурных подразделений разных медицинских организаций или в составе одного ЛУ, обеспечить качество оказываемой реабилитационной помощи (в соответствии с клиническими рекомендациями, принятыми профессиональными сообществами, и используемым регламентированным инструментом анализа данных клинического, лабораторного и инструментального исследований по профилю кардиология и КР в соответствии с требованиями Международной классификации болезней 10-го пересмотра и Международной классификации функционирования).

В начале 2013 г. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России в рамках Государственного задания Минздрава России был инициирован первый Пилотный проект «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации».

Целями Пилотного проекта явились организация или совершенствование работы уже имеющихся структурных подразделений в конкретных ЛУ России для оказания реабилитационной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на трех этапах в рамках действующего «Порядка оказания медицинской помощи больным по медицинской реабилитации» Минздрава России №1705н от 29 декабря 2012 г., внедрение в практику этих подразделений научно обоснованных подходов, форм и методов кардиореабилитации с попыткой создания определенного алгоритма маршрутизации больных.

Материал и методы

В Пилотный проект вошли 17 ЛУ из 13 субъектов Российской Федерации: КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» (Барнаул); БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница №3»; клиника ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, ОБУЗ «Городская клиническая больница №3» (Иваново); МБУЗ «Кемеровский кардиологический центр»; КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С.Берзона», КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (Красноярск); ФГБУ «Санаторий им. Горького» Минздрава России (Московская область);

ЗАО «Санаторий "Черная речка"» (Санкт-Петербург); ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина», ОАО «Санаторий им. В.П.Чкалова (Самара); клиника ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России; ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи» (Уфа); БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии (Чебоксары); МБУЗ «Городская клиническая больница №2» (Челябинск); ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи» (Якутск), ГБУЗ РС(Я) «Республиканская больница №3» (Якутск).

В 5 ЛУ, включенных в Российский Пилотный проект, требовалось организационно-методологическое совершенствование уже предоставляемой пациентам кардиореабилитационной помощи, в остальных 12 ЛУ была поставлена задача ее организации – создание новых или перепрофилирование имеющихся структурных подразделений. В ЛУ, включенных в Российский Пилотный проект, сотрудниками отдела реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии ФГБУ ГНИЦ ПМ осуществлялась консультативная помощь по организации и совершенствованию работы кардиореабилитационных структурных подразделений; оказывалась методическая поддержка в организации трехэтапной кардиореабилитационной помощи больным, перенесшим ОИМ, ЧКВ и КШ; проводились образовательные семинары и школы, мастер-классы и круглые столы с выездом в конкретное ЛУ, а также в рамках организуемых российских конференций.

Для анализа эффективности организационных моделей КР в ЛУ были разработаны единые специальные карты, позволяющие оценивать соответствие Порядку по медицинской реабилитации предоставляемой реабилитационной помощи кардиологическим больным, мультидисциплинарной команды, действующей в оказании реабилитационной помощи, штатного расписания и оснащения ЛУ. В анкету включались вопросы, оценивающие в определенной степени качество предоставляемой кардиореабилитационной помощи, правильность использования методик согласно нормативной базе, Российским клиническим рекомендациям «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика» (2014 г.) и профессиональным стандартам. Разработанные специальные карты состояли из трех разделов, каждый из которых содержал информацию о работе ЛУ на всех трех этапах КР (I этап – БРИТ и специализированное кардиологическое отделение, II этап – стационарное кардиореабилитационное отделение, III этап – поликлиническое отделение КР).

Пилотный проект «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации», стартовавший в начале 2013 г., продолжается по настоящее время.

Статистический анализ выполнен с помощью пакета прикладных программ Excel. Для каждого показателя, измеряемого по количественной шкале, определяли интервал вариации (минимум и максимум) и среднее групповое значение (M), среднее квадратичное отклонение (s), а также стандартную ошибку среднего (SD). Достоверность различий оценивали с помощью парного и непарного t-критерия Стьюдента, а также критерия χ^2 . Различия, при которых $p < 0,05$, рассматривали как статистически значимые.

Результаты

Организация трехэтапной системы кардиореабилитации

В статье представлены результаты трехлетнего анализа состояния КР с января 2013 г. по декабрь 2015 г. К концу 2013 г. кардиореабилитационная помощь I этапа, оказываемая больным в БРИТ и кардиологическом отделении, выполнялась только в 3 ЛУ, а к концу 2015 г. она была организована уже в 10 ЛУ, т.е. во всех ЛУ–участниках Пилотного проекта, в которых она могла быть предоставлена пациентам. При этом в 2015 г. в 9 ЛУ функционировали региональные или первичные сосудистые центры (против 5 учреждений в 2013 г. и 8 учреждений в 2014 г.), где больным с ОИМ выполнялись ЧКВ.

Стационарное кардиореабилитационное отделение (II этап реабилитации) имелось в 2013 г. только в 4 ЛУ, в 2014 г. – в 7 ЛУ и в 2015 г. было открыто в 10 ЛУ–участниках Пилотного проекта, нацеленных на предоставление кардиореабилитационной помощи II этапа. Следует отметить, что из этих 10 ЛУ 5 учреждений специализировались только на оказании кардиореабилитационной помощи в рамках II этапа.

Кардиореабилитационная помощь в пределах III этапа, осуществляемая согласно Порядку по медицинской реабилитации в амбулаторном реабилитационном отделении, включая кабинет реабилитации, санаторий или дневной стационар, к 2015 г. была организована в 7 ЛУ (против 2 ЛУ в 2013 г.).

В целом кардиореабилитационная помощь всех трех этапов (I, II, III) была организована в трех ЛУ – участниках Пилотного проекта, кардиореабилитационная помощь в пределах двух этапов имеется в 4 ЛУ (в 2 ЛУ – I и II этапы, в 1 ЛУ – II и III этапы и в 1 ЛУ – I и III этапы).

Таким образом, 5 ЛУ с I этапом КР имели возможность переводить больных на II этап в другое ЛУ, а 2 учреждения – со II этапа на III этап КР. При этом у сотрудников 8 ЛУ существовали определенные трудности в направлении пациентов на III амбулаторный этап кардиореабилитации ввиду либо отсутствия таковых структурных подразделений или из-за неорганизованности маршрутизации больных, перенесших ОИМ или инвазивные/хирургические вмешательства на сосудах сердца, в конкретном городе.

Штатное расписание и оснащение ЛУ

В рамках Пилотного проекта было проанализировано соответствие штатного расписания и оснащения ЛУ Порядку по медицинской реабилитации (табл. 1).

В 2013 г. специалист кардиолог-реабилитолог отсутствовал в 7 ЛУ – участниках Пилотного проекта, в 2014 г. – в 3 ЛУ и в 2015 г. – в 2 ЛУ. В 2014 и 2015 г. во всех ЛУ в состав штатного расписания вошли врачи ЛФК, инструкторы-методисты ЛФК и физиотерапевты (в 2013 г. данные специалисты отсутствовали в 2, 4 и 1 ЛУ соответственно). Клинический психолог и психотерапевт в 2013 г. не входили в штатное расписание 6 ЛУ, в 2014 г. – 3 и 2 учреждений соответственно, и в 2015 г. – 2 и 3 учреждений, т.е. имеется определенный дефицит специалистов данного профиля, способных оказывать медицинскую помощь больным в рамках реабилитационного процесса.

Учебный зал для проведения образовательной «Школы для больных» отсутствовал в 2013 г. в 6 ЛУ, в 2014 г. – в 3 и в 2015 г. – только в 1 учреждении. С целью выполнения физического аспекта КР необходимо было иметь залы для ЛФК и соответствующее оборудование. Так, оборудование (гимнастические стен-

Таблица 1. Результаты I этапа кардиореабилитации в БРИТ

Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Установление режима ДА, %	100	100	100
Сотрудники, устанавливающие режим ДА:			
• заведующий отделением, %	30	30	50
• лечащий врач, %	70	100	100
• медицинская сестра, %	40	20	20
• врач ЛФК/инструктор-методист ЛФК, %	0	10	40
Применение лечебной гимнастики	70	100	100
Сотрудники, проводящие ЛФК:			
• врач ЛФК, %	40	50	50
• инструктор ЛФК, %	40	40	70
• никто, %	30	10	0
Проведение образовательных бесед с больными	90	100	100
Сотрудники, проводящие беседы:			
• заведующий отделением, %	20	70	70
• лечащий врач, %	60	100	100
• медицинская сестра, %	50	40	10
• врач ЛФК, %	20	0	0
Больной из БРИТ переводится в:			
• инфарктное отделение, %	60	80	90
• общее кардиологическое отделение, %	30	20	10
• терапевтическое отделение, %	10	0	0
Средний койко-день в БРИТ	3,2±0,2	2,7±0,1	2,5±0,1

ки, стулья, коврики и т.д.) для работы в зале ЛФК в малых группах с применением мелкого оборудования (палки, пedomетры, гантели, мячи и т.д.) в 2013 г. отсутствовало в 7 ЛУ и в 2014 г. – в 5. Решить данную проблему удалось в 2015 г. Оборудование для занятий ЛФК в группах по 15–20 пациентов отсутствовало или было в недостаточном количестве в большем числе учреждений: в 2013 г. – в 12, в 2014 г. – в 9 и в 2015 г. – в 4. Тренажеры в разном количестве от 1–2 до 4–6 различного вида (вело-, тредмил, степперы) присутствовали в залах ЛФК в 2013–2014 гг. в 12 учреждениях, а в 2015 г. – в 16. Единая компьютерная система тренажеров, позволяющая на компьютере индивидуально подбирать программу реабилитации, непрерывно мониторить ее выполнение и клиническое состояние пациента, имела в 2013 г. в 1 ЛУ, в 2014 г. – в 2 ЛУ и 2015 г. – в 4.

I этап кардиореабилитации (БРИТ и специализированное кардиологическое отделение)

В течение трехлетнего Пилотного проекта в рамках БРИТ (I этап кардиореабилитации) удалось организовать реабилитационный процесс для больных, в первую очередь перенесших ОИМ, и привести (в определенной степени) качество оказываемой кардиореабилитационной помощи в соответствие с Российскими клиническими рекомендациями «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика» (см. табл. 1) [1].

Всем больным с ОИМ с первых суток пребывания в БРИТ устанавливался режим двигательной активности (ДА). В определении режима ДА пациента с ОИМ в 2014 и 2015 г. во всех ЛУ активное участие принимал лечащий врач (в 2013 г. – такая практика присутствовала только в 7 учреждениях). В 2015 г. к реше-

нию этого вопроса в 5 учреждениях подключились заведующие БРИТ (в 2013 и 2014 г. это прослеживалось только в 3 учреждениях). Сократилась доля участия в данном процессе среднего медицинского персонала: в 2013 г. это имело место в 4 ЛУ, а в 2015 г. – только в 2 ЛУ. В БРИТ наряду с кардиологами в определенной степени ДА больного участвовали врачи ЛФК и/или инструкторы-методисты ЛФК: в 2015 г. в 4 учреждениях против их отсутствия в 2013 г. Хорошая укомплектованность штатного расписания ЛУ врачами и инструкторами-методистами ЛФК позволила увеличить долю больных с ОИМ, начинающих заниматься лечебной гимнастикой уже в БРИТ. Врачи ЛФК консультировали пациентов, а в некоторых ЛУ и участвовали в проведении занятий ЛФК.

Со всеми больными с ОИМ уже на стадии БРИТ проводились образовательные беседы (в 2014 и 2015 г. в 100% случаев). При этом в образовательный процесс пациента с ОИМ на стадии БРИТ стали чаще вовлекаться заведующие БРИТ (увеличение в 3,5 раза с 2013 по 2014–2015 гг.) и лечащие врачи (в 2014 и 2015 г. – 100% участие). Средний медицинский персонал стал вовлекаться в образовательный процесс пациентов с ОИМ реже (в 1,25 раза – к 2014 г. и в 5 раз – к 2015 г.).

Из БРИТ практически все больные с ОИМ в 2015 г. переводились в инфарктные отделения (в рамках сосудистых центров). Перевод пациента с ОИМ в обычное стационарное кардиологическое отделение сократился по отношению к 2013 г. – в 2014 г. в 1,5 раза и в 2015 г. – в 3 раза. В ЛУ – участниках Пилотного проекта прекращен перевод больных с ОИМ в непрофильные терапевтические отделения, что является положительным фактом. Средний койко-день пациента с ОИМ в БРИТ сократился к 2015 г. на 0,7 койко-дня ($p < 0,05$) и составил 2,5 койко-дня (к концу 2013 г. после первого года Пилотного проекта он был 3,2 койко-дня).

Таблица 2. Результаты I этапа кардиореабилитации в инфарктном/кардиологическом отделении			
Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Расширение режима ДА:			
• по системе Д.М.Аронова (Российские рекомендации), %	70	90	100
• сроки устанавливаются спонтанно, %	30	10	0
Применение комплексов ЛФК, %	70	90	100
Обучение больного:			
• выходу в коридор, %	70	100	100
• подъему по лестнице, %	70	90	100
Проведение образовательной «Школы для больных с ОИМ», %	60	100	100
Кто проводит образовательную Школу:			
• лечащий врач, %	50	80	100
• психолог, %	20	30	0
• специально обученный персонал, %	30	40	40
Выполнение больному перед выпиской из отделения нагрузочного теста, %	22	32	44
Средний койко-день больных с ОИМ в отделении:			
• при ОИМ	12,2±2,4	12,7±2,3	11,2±2,1
• после ЧКВ	11,1±1,9	9,8±1,8	8,4±1,7
Больной из отделения I этапа переводится в:			
• домой/в городскую поликлинику, %	58	29	11
• стационарное отделение кардиореабилитации II этапа, %	15	40	67
• кардиологический санаторий (на III этап), %	12	16	17
• дневной стационар (на III этап), %	15	15	5

В инфарктных/кардиологических отделениях (I этап реабилитации), в которые из БРИТ переводились больные с ОИМ, больше внимание стали уделять правильной системе расширения режима ДА (согласно Российским клиническим рекомендациям «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика» [1]); табл. 2.

Больных с ОИМ стали обучать правильному выходу в коридор и подъему по лестнице (в 2014 и 2015 г. в 100% случаев). Они стали вовлекаться в программы физической реабилитации (с применением комплексов ЛФК), которые проводились инструктором-методистом ЛФК под контролем врача ЛФК. Вовлечение пациентов с ОИМ в процесс физической реабилитации увеличило процент выполнения нагрузочных тестов в 2 раза.

В 2014–2015 гг. все больные с ОИМ, находившиеся в инфарктном или кардиологическом отделениях, прошли через организованную образовательную «Школу для больных с ОИМ». В работе образовательной Школы принимали участие лечащий врач (в 2015 г. в 100% учреждений), психолог и специально обученный персонал.

Следует отметить, что на I этапе КР к ведению больного с ОИМ привлекалась мультидисциплинарная бригада: помимо кардиолога в 2015 г. это психотерапевт (в 25% случаев), клинический психолог (в 50%), врач ЛФК (в 90%), инструктор-методист ЛФК (100%), врач физиотерапевт (в 67%). В 1 ЛУ пациентов консультировал социальный работник.

Следует обратить внимание на сроки пребывания больных с ОИМ в стационаре (I этап реабилитации): отмечается их сокращение на 1 день к 2015 г. по сравнению с 2013 г. (см. табл. 2). Если в 2013 г. в зависимости от степени тяжести клинического состояния пациента с ОИМ койко-день колебался в пределах 9,2–17 койко-дней, то в 2015 г. – в пределах

7,7–11,5 койко-дня. При применении ЧКВ срок пребывания больного на койке сократился на 2,7 койко-дня (см. табл. 2). В зависимости от степени тяжести клинического состояния пациента он колебался в пределах 7,2–15,8 койко-дня в 2013 г. и в пределах 6,1–12,1 койко-дня – в 2015 г.

Отмечаемая положительная тенденция к сокращению пребывания больного с ОИМ на койке I этапа реабилитации может быть обусловлена появившейся возможностью его перевода в отделения КР II этапа (перевод пациентов вырос с 15% в 2013 г. до 67% в 2015 г., т.е. в 4,5 раза) и в учреждения/отделения III этапа (27% в 2013 г. и 22% в 2015 г.). При этом сократился процент больных с ОИМ, которые просто выписывались домой под наблюдения врача-кардиолога или врача-терапевта по месту жительства (в 5,3 раза).

Следует заметить, что, несмотря на намеченную правильную направленность в отношении перевода пациентов с ОИМ на разные этапы реабилитации, проблема выработки четкой карты маршрутизации больного с ОИМ на всех ее этапах по-прежнему остается актуальной и требует дальнейшего решения.

II этап кардиореабилитации (специализированное стационарное кардиореабилитационное отделение)

На II этапе КР во вновь созданных (с 2013 г.) или усовершенствованных в организационно-методологическом плане согласно Порядку стационарных кардиореабилитационных отделениях больные, перенесшие ОИМ, к 2015 г. во всех 10 ЛУ стали активно вовлекаться в программу физической реабилитации, основу которой составляют классическая ЛФК, дозированная ходьба в помещении, ФТ на тренажерах (табл. 3).

ЛУ – участники Пилотного проекта к 2015 г. для физической реабилитации больных с ОИМ стали использовать свободную ходьбу вокруг ЛУ.

Таблица 3. Результаты II этапа кардиореабилитации в специализированном стационарном кардиореабилитационном отделении

Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Виды применяемой реабилитации:			
• классическая ЛФК, %	80	100	100
• дозированная ходьба (в помещении), %	70	100	100
• ФТ на тренажерах, %	60	80	100
• свободная ходьба по территории вокруг ЛУ, %	40	100	100
• консультации психолога, %	40	70	80
• консультации психотерапевта, %	40	60	70
Проведение:			
• образовательной «Школы для больных», %	70	100	100
• бесед с родственниками, %	50	90	100
• иных форм общения, %	20	30	20
Выполнение больному перед выпиской из отделения нагрузочного теста, %	40	48	63
Получение больными рекомендаций			
• по модификации ФР, %	60	90	100
• по физической активности, %	60	80	100
• по соблюдению антиатеросклеротической диеты, %	60	90	100
• по прекращению курения, %	60	90	100
Средний койко-день в отделении:			
• при ОИМ	16,8±24	17,3±3,1	16,6±2,8
• после КШ	16,4±2,6	16,2±2,5	16,7±2,3
Больной после II этапа переводится в:			
• обычное отделение городской поликлиники, %	80	70	60
• реабилитационное поликлиническое отделение III этапа, %	10	20	30
• другое учреждение	10	10	10

На II этапе КР к 2015 г. увеличился процент участия в работе мультидисциплинарной бригады клинических психологов и психотерапевтов (до 80 и 70% соответственно). Все пациенты, перенесшие ОИМ, обучались в «Школе для больных с ОИМ», стали активнее проводиться образовательные беседы с родственниками больных. Большому числу пациентов выполнялись нагрузочные тесты с целью индивидуального подхода к правильному выбору тренирующей частоты сердечных сокращений. Это стало возможным в связи с комплектацией отделений II этапа тренирующим оборудованием (тренажерами). Абсолютное большинство больных в отделениях КР к 2015 г. стали получать рекомендации по модификации ФР, в отделениях с пациентами стали активнее обсуждаться вопросы ежедневной физической активности, соблюдения антиатеросклеротической диеты, прекращения курения.

Средний койко-день пребывания больного в отделении КР II этапа с 2013 по 2015 г. не изменился (см. табл. 3).

Важно отметить, что организация отделений III этапа КР (хотя и не в достаточном количестве) позволила начать процесс перераспределения потока больных, перенесших ОИМ. В 2015 г. число пациентов, направляемых со II этапа на КР в учреждения/отделения III этапа реабилитации, увеличилось на 20%, тогда как число поступающих больных в обычное отделение городской поликлиники со II этапа, напротив, сократилось на 20%.

В разработанных в рамках Пилотного проекта специальных картах спрашивалось мнение врачей по готовности пациентов принимать постоянно медикаментозную терапию и участвовать в КР после выписки из ЛУ II этапа реабилитации. Если в 2013 г., по мнению

врачей, только 40% пациентов с ОИМ понимали, какая польза назначаемой комплексной терапии, то в 2015 г. их число возросло до 80%. В этой связи увеличилось и число больных, готовых принимать лекарства неопределенно долго (с 50% в 2013 г. до 71% в 2015 г.).

По мнению врачей, пациенты имеют «смутное» представление о КР. Это подтверждают результаты ранее выполненного исследования, в котором оценивалось понимание пациентами значения разных медицинских терминов, включая и термин «кардиореабилитация» [2]. Только 34,2% больных правильно, хотя и недостаточно полно или полно в соответствии с официальным определением, понимали термин «кардиореабилитация». Причем хуже интерпретировали это слово женщины (54,8% женщин против 35,9% мужчин не знали, что такое кардиореабилитация).

Продолжать участие в программе кардиореабилитации после выписки из стационара в 2015 г. готовы были 62% пациентов. На вопрос, что является сдерживающим фактором в продолжении оказания кардиореабилитационной помощи в условиях поликлиники (т.е. на III этапе), от врачей были получены следующие ответы:

- отсутствие четкого представления о целях, пользе и необходимости физической реабилитации и ежедневной ДА – 44%;
- отсутствие или недостаточное освещение этих вопросов в реальной медицинской практике – 67%;
- отсутствие подготовленных специалистов для проведения такой работы – 77%;
- отсутствие или недостаточное внимание к образовательной практике со стороны администрации ЛУ – 22%;
- низкий уровень образования и информированности больных – 56%.

III этап кардиореабилитации (поликлиническое кардиореабилитационное отделение)

Проблема создания поликлинического отдела КР – самая сложная. Этот отдел должен в течение всего времени заниматься групповыми тренировками больных, иметь в достаточном количестве тренажерные залы, помещение для обучения пациентов по программе «Школа для больных», помещение для психологической реабилитации и другую инфраструктуру с соответствующим оборудованием и оснащением.

Именно поэтому все ЛУ, включенные в Пилотный проект, столкнулись с трудностями организации III этапа КР. Если в самом учреждении или учреждении данного региона создается поликлинический отдел, то обычно он представлен дневным стационаром или санаторием кардиологического профиля, т.е. учреждениями, выполняющими функцию только раннего поликлинического III этапа. Тем не менее 87% врачей считают, что в их городе имеется реальная возможность для организации III этапа КР. При этом 80% врачей заявили, что в конкретном городе есть условия для продолжения физической реабилитации (систематических ФТ) в течение первых 3–4 мес после выписки больного из стационара; 60% врачей указали на возможность направлять пациента к психотерапевту и/или клиническому психологу; 90% утверждали, что есть условия для проведения поддерживающих кратких бесед с больным о приверженности терапии, физической реабилитации в домашних условиях, об изменении образа жизни.

Основной задачей предстоящих 2–3 лет должна стать организация III этапа КР согласно Порядку по медицинской реабилитации.

Обсуждение

Под руководством Минздрава России в рамках протокола «О разработке Концепции развития медицинской реабилитации» с 21 ноября по 4 декабря 2012 г. были заслушаны отчеты руководств 81 субъекта РФ и рассмотрены проекты долгосрочных целевых программ «Развитие медицинской реабилитации в регионе». Анализ отчетов по направлению «Кардиология» показал, что в целом у руководства здравоохранения большинства субъектов РФ не имелось четкого понимания роли КР в восстановлении здоровья и трудоспособности больных, перенесших острый коронарный синдром, ОИМ, оперативные и инвазивные вмешательства на сосудах сердца, клапанах сердца и т.д. Это выражалось в отсутствие понимания единства целей и предпринимаемых усилий для организации трехэтапной системы КР. Общими для всех регионов явились практически полное отсутствие III этапа КР и частично II этапа, а также дефицит кадров. Частично положительным моментом на конец 2012 г. было то, что на III этапе КР в ряде регионов использовались санатории кардиологического профиля и открывшиеся к тому времени дневные стационары. В подавляющем большинстве случаев больные после ОИМ, хирургических вмешательств на сердце и сосудах оставались только под наблюдением участкового врача (терапевта). Особенно остро стояла проблема, которая сохраняется и сегодня, – это организация проведения физической реабилитации с включением программ систематических ФТ в предоставляемых помещениях для тренировочного зала, обеспечение их компьютеризированными тренажерами и вовлечение в реабилитационный процесс опытных специалистов (практически во всех регионах).

К концу 2013 г. (как и сегодня) для реализации I этапа КР не было особых препятствий. Достаточно хорошо разработаны методические вопросы, имеется структурная база, основу которой составляют сосудистые центры. Главное – привлечь мультидисциплинарную команду к ведению больного. Методические аспекты II этапа кардиореабилитации также хорошо разработаны, активно идет процесс их адаптации к современным требованиям. Главное, что необходимо сделать на II этапе КР, – это достаточно быстро решить организационные вопросы (создавать стационарные кардиореабилитационные отделения, в том числе путем перепрофилирования неэффективно используемого коечного фонда), вопросы кадрового обеспечения, позволяющие формировать мультидисциплинарные команды. Завершение организации II этапа КР – задача, которую следует решать в короткие сроки. Самым сложным оказалось создание лечебных структур, оказывающих кардиореабилитационную помощь III этапа.

Для решения изложенных нами проблем впервые в нашей стране в начале 2013 г. был организован Пилотный проект «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации», в который вошло 17 ЛУ из 13 городов России. Проведенный анализ организации трехэтапной системы кардиореабилитационной помощи больным с ОИМ с учетом штатного расписания, применения оборудования и методологии согласно действующим порядкам и Российским клиническим рекомендациям «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика» (2014 г.) показал существенное увеличение реабилитационной активности созданных мультидисциплинарных бригад на I и II этапах КР и отчасти на III этапе. Установлены повышению количества применяемых методик реабилитации и улучшение качества их выполнения. Доказана безопасность физической реабилитации в рамках предлагаемых организационных моделей КР.

Наилучшие результаты по организации и качеству проведения реабилитационной помощи больным с ОИМ в ЛУ Пилотного проекта были показаны на I этапе КР в рамках БРИТ и последующего кардиологического отделения. В ЛУ – участниках Пилотного проекта полностью прекращен перевод пациентов с ОИМ в непрофильные терапевтические отделения, что является положительным фактом. В условиях создания кардиореабилитационной системы наметилась благоприятная тенденция к сокращению пребывания больного с ОИМ на койке I этапа реабилитации. Это напрямую связано с появившейся возможностью перевода пациента с ОИМ в отделения КР II этапа и учреждения/отделения III этапа, в основном в дневные стационары (т.е. учреждения раннего поликлинического III этапа КР). В отдельных регионах функции II этапа КР выполняют кардиологические санатории, перепрофилированные в отделения ранней КР. При этом сократился процент больных с ОИМ, просто выписываемых из ЛУ домой с рекомендацией посещения врача-кардиолога или врача-терапевта по месту жительства. В настоящее время пришло понимание важности привлечения к оказанию кардиореабилитационной помощи пациентам с ОИМ мультидисциплинарной бригады.

В ЛУ субъектов РФ наибольшие трудности возникают с организацией отделов поликлинической КР. Если в самом учреждении или учреждении данного

региона создается КР III этапа, то обычно она представлена дневным стационаром, т.е. учреждением, выполняющим функцию только раннего поликлинического этапа. В то же время нельзя не отметить положительное стремление ЛУ в создании определенных систем мониторинга за больными, прошедшими II этап КР. Важно также подчеркнуть, что начавшаяся организация отделений III этапа кардиореабилитации (хотя и не в явно достаточном количестве) явилась толчком к процессу перераспределения потока пациентов, перенесших ОИМ.

Отсутствие реабилитационной помощи на уровне поликлинического этапа объясняется объективными причинами: отсутствием в структуре III этапа КР больших тренажерных залов, помещений для выполнения программ обучения больных, психологической риадаптации и т.д. Эта проблема не была решена и в советское время. Требуется обсуждение данного вопроса на высоком государственном уровне.

В настоящее время разные составляющие новой системы медицинской реабилитации апробируются в рамках Пилотного проекта Минздрава России «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации», начатого в 2015 г. в 13 субъектах РФ (Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область, Нижний Новгород, Екатеринбург, Самара, Казань, Красноярск, Владивосток, Тверь, Чувашия, Пермь, Иваново) по одному или нескольким выбранным профилям (неврология, травматология, кардиология) оказания медицинской помощи в соответствии с госпрограммой развития здравоохранения до

2020 г. [3]. В Пилотный проект Минздрава России вошли несколько ЛУ из городов Иваново, Санкт-Петербург и Чебоксары, участвующих в Пилотном проекте «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации».

Литература/References

1. Аронов ДМ, Бубнова МГ, Барбараш ОЛ и др. Российские клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика». Кардиосомастика. 2014; 5 (1): 4–42. / Aronov D.M., Bubnova M.G., Barbarash O.L. et al. Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii "Ostryi infarkt miokarda s pod'emom segmenta ST elektrokardiogrammy: reabilitatsiia i vtorichnaia profilaktika". Cardiosomatics. 2014; 5 (1): 4–42. [in Russian]
2. Бубнова МГ, Холмогорова Г.Т., Худяков М.Б. и др. Как больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями понимают некоторые медицинские термины? Профилактика. медицина. 2016; 2: 36–42. / Bubnova M.G., Kholmogorova G.T., Khudyakov M.B. et al. Kak bol'nye s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami ponimaiut nekotorye meditsinskie terminy? Profilakt. meditsina. 2016; 2: 36–42. [in Russian]
3. Иванова Г.Е., Аронов ДМ, Белкин А.А. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Вестн. восстановительной медицины. 2016; 2: 2–6. / Ivanova G.E., Aronov D.M., Belkin A.A. et al. Pilotnyi proekt "Razvitie sistemy meditsinskoi reabilitatsii v Rossiiskoi Federatsii". Vestn. vosstanovitel'noi meditsiny. 2016; 2: 2–6. [in Russian]

Сведения об авторах

Бубнова Марина Геннадьевна – д-р мед. наук, проф., рук. отд. реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии с лаб. профилактики атеросклероза и тромбоза ФГБУ ГНИЦ ПМ. E-mail: mbubnova@gnicpm.ru

Аронов Давид Меерович – д-р мед. наук, проф., засл. деятель науки РФ, рук. лаб. кардиологической реабилитации ФГБУ ГНИЦ ПМ

Бойцов Сергей Анатольевич – д-р мед. наук, проф., дир. ФГБУ ГНИЦ ПМ, гл. специалист по мед. профилактике Минздрава России

Иванова Галина Евгеньевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. мед. реабилитации фак-та дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, гл. специалист по мед. реабилитации Минздрава России

Андреев Андрей Германович – канд. мед. наук, гл. врач ОБУЗ ГКБ №3

Барбараш Ольга Леонидовна – д-р мед. наук, проф., дир. ФГБНУ НИИ КПССЗ

Белова Виктория Валентиновна – канд. мед. наук, зам. гл. врача клиники ФГБОУ ВО ИвГМА

Белов Владислав Николаевич – д-р мед. наук, зав. отд-нием мед. реабилитации БУЗ ВО ВГКБ №3

Борисов Борис Витальевич – канд. мед. наук, гл. врач РБ №2 – Центр экстренной медицинской помощи

Иванов Евгений Валентинович – гл. врач ФГБУ Санаторий им. Горького

Карамова Ирина Марселовна – д-р мед. наук, проф., гл. врач ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи

Карпухин Александр Васильевич – канд. мед. наук, исполнительный дир. ЗАО Санаторий «Черная Речка»

Красницкий Владимир Борисович – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. лаб. кардиологической реабилитации отд. реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии ФГБУ ГНИЦ ПМ

Кыбланова Елена Семеновна – д-р мед. наук, зав. каф. внутренних болезней и общеврачебной практики (семейной медицины) фак-та последипломного обучения врачей ФГАОУ ВО СВФУ им. М.К.Аммосова

Лебедев Петр Алексеевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. ФГБОУ ВО СамГМУ

Лисняк Елена Александровна – канд. мед. наук, зам. гл. врача по мед. части КГБУЗ КМКБ №20 им. И.С.Берзона

Лямина Надежда Павловна – д-р мед. наук, проф., зам. дир. по науке НИИ кардиологии ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И.Разумовского

Мизурова Татьяна Николаевна – гл. врач БУ Республиканский кардиологический диспансер

Мисюра Ольга Федоровна – канд. мед. наук, гл. врач ЗАО Санаторий «Черная речка»

Мишина Ирина Евгеньевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. госпитальной терапии ФГБОУ ВО ИвГМА

Мищенко Ольга Владимировна – канд. мед. наук, зам. гл. врача ГБУЗ СОКБ им. им. В.Д.Середавина

Никилина Светлана Юрьевна – д-р мед. наук, проф., проректор по учебной работе, зав. каф. внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Остроушко Надежда Игоревна – канд. мед. наук, нач. отд. специализированной и высокотехнологической мед. помощи Департамента здравоохранения Воронежской области

Помешкина Светлана Александровна – канд. мед. наук, зав. лаб. реабилитации ФГБНУ НИИ КПССЗ

Сидоров Александр Семенович – канд. мед. наук, гл. врач ГБУЗ РС(Я) РБ №3

Сприкут Анна Александровна – канд. мед. наук, зав. отд-нием кардиореабилитации МБУЗ ГКБ №2

Сухинина Ирина Станиславовна – зам. гл. врача по лечебной работе ФГБУ Санаторий им. Горького

Ткачева Агата Геннадьевна – канд. мед. наук, гл. врач МБУЗ ГКБ №2

Устюгов Сергей Александрович – канд. мед. наук, зав. кардиологическим отд-нием КГБУЗ ККБ

Чумакова Галина Александровна – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной и поликлинической терапии ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ

Значение природных преформированных факторов курорта Нальчик в реабилитации женщин с артериальной гипертензией

Е.Л.Апшева, А.А.Эльгаров, М.А.Калмыкова, М.А.Эльгаров ✉

ФГБОУ ВО Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова.
360004, Россия, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173

Установлена сопоставимая терапевтическая эффективность бальнеотерапии бромйодными и азотно-термальными ваннами у женщин с артериальной гипертензией на курорте Нальчик и определена роль санаторного лечения в системе восстановительного лечения и реабилитации.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, женщины, бальнеотерапия, эффективность, реабилитация.

✉maratusnn@mail.ru

Для цитирования: Апшева Е.Л., Эльгаров А.А., Калмыкова М.А., Эльгаров М.А. Значение природных преформированных факторов курорта Нальчик в реабилитации женщин с артериальной гипертензией. Кардиосоматика. 2016; 7 (3–4): 82–85.

The value of naturally preformed factors of Nalchik in the rehabilitation of women with hypertension

E.L.Apsheva, A.A.Elgarov, M.A.Kalmykova, M.A.Elgarov ✉

Kabardino-Balkarian State University named after H.M.Berbekov. 360004, Russian Federation, Nal'chik,
ul. Chernyshevskogo, d. 173.

The comparable therapeutic efficacy of balneotherapy with bromyoid and nitrogen-thermal baths in women with hypertension in the resort of Nalchik and the role of a spa treatment in the system of restorative treatment and rehabilitation are confirmed.

Key words: arterial hypertension, women, balneotherapy, efficiency, rehabilitation.

✉maratusnn@mail.ru

For citation: Apsheva E.L., Elgarov A.A., Kalmykova M.A. et al. The value of naturally preformed factors of Nalchik in the rehabilitation of women with hypertension. Cardiosomatics. 2016; 7 (3–4): 82–85.

Артериальная гипертензия (АГ) среди женщин – распространенное заболевание, определяющее в значительной степени сердечно-сосудистый риск (ССР), показатели кардиоваскулярной заболеваемости и смертности [1–3]. После наступления менопаузы в женском организме наблюдаются изменения, повышающие вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Высокая частота АГ у женщин в постменопаузальном периоде часто сочетается с ожирением, инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией, нарушениями обмена липидов, которые считаются патогенетической основой метаболического синдрома (МС). Также заслуживает внимания частота и структура когнитивных расстройств [4–6] при АГ, прежде всего, нарушения памяти и внимания, замедление скорости (быстроты) реакции, повышенная утомляемость, что необходимо учитывать при подборе антигипертензивной терапии (АГТ) лицам операторских и эмоционально напряженных профессий [3, 7]. Преформированные природно-климатические факторы в настоящее время занимают особое место в системе восстановительного лечения больных разными неинфекционными заболеваниями [8–10]. В структуре последних особое место занимает АГ, отличающаяся значительной частотой (около 40%), особенностями течения и развитием ряда серьезных осложнений, необходимостью подбора рациональной персонализированной комплексной (лекарственной и немедикаментозной) АГТ, учитывающей половозрастные, профессиональные характеристики, коморбидность, отклик (готовность) выполнять рекомендации длительное время, нередко – в течение всей жизни [11–15].

В литературе имеются сведения о результативности лекарственной [1–3] и бальнеофизиотерапии лиц с АГ [8, 9], в том числе и санаторного лечения [12, 13] на ряде курортов России. Наряду с этим представляет интерес оценка роли преформированных факторов курорта Нальчик в восстановительном лечении женщин с АГ.

Материал и методы

Под наблюдением находились 99 женщин с АГ 1 и 2-й степени 37–54 лет (45,6±7,9) разных профессиональных групп: 1-я (n=44) – водители транспорта (троллейбусов, легковых автомобилей) – операторских профессий; 2-я (n=45) – педагоги, воспитатели, экономисты – напряженного эмоционального труда, сопоставимые по возрасту и стажу работы. Из них состояние 45 женщин с АГ 1 и 2-й степени в течение 12–18 мес отслежено клинко-инструментальными методами (АГТ под контролем врачей поликлиник). Наряду с этим после медикаментозного лечения осуществлена бальнеотерапия на курорте Нальчик с использованием бромйодных минеральных ванн [36–38°C, №8–10 на курс (n=22)] и азотно-термальных ванн [36–38°C, №8–10 на курс (n=23)]; общими для больных были общесанаторный режим, лечебная физкультура (ЛФК), терренкур, лечебное плавание (групповые занятия, реже – индивидуальные). По выраженности АГ и клинической характеристике обе случайные выборки больных не различались. Оценке эффективности санаторного лечения женщин с АГ 1 и 2-й степени служили динамика клинко-инструментальных параметров суточного мониторирования артериального давления (СМАД) выборки жен-

щин обеих групп [3] до и после бальнеотерапии. Результаты динамического наблюдения указанных 45 женщин основной группы (ОГ) сравнивались с данными случайной выборки 44 амбулаторных женщин с АГ 1 и 2-й степени контрольной группы (КГ) через 1,5 года для оценки роли санаторного лечения в системе их восстановительного мониторинга. Сравнивались число обращений, осложнений, нарушений трудоспособности (временной по больничным листкам, постоянной – группа инвалидности). СМАД выполнено прибором с носимым монитором ВР 3400, предназначенным для автоматической неинвазивной регистрации АД и частоты пульса в течение 24 ч. Перед установкой и снятием монитора проводилось двукратное сравнение показаний прибора с синхронными величинами ртутного сфигмоманометра. Во всех ситуациях расхождения систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) не превышали 5 мм рт. ст. Оценивались следующие показатели: суточное среднее САД ($САД_{ср}$) и ДАД ($ДАД_{ср}$), суточное максимальное САД ($САД_{макс}$) и ДАД ($ДАД_{макс}$). Нормотензия фиксировалась для среднесуточных величин – АД не более 135/80 мм рт. ст.; для дневных – не более 140/90 мм рт. ст. и для ночных – не выше 120/80 мм рт. ст. По степени ночного снижения АД пациенты были распределены на группы:

- а) *dippers* – лица с нормальным снижением АД (на 10–22%);
- б) *non-dippers* – лица с недостаточным снижением АД (менее чем на 10%);
- в) *over-dippers*, или *extrema dippers* – лица со значительным (чрезмерным) снижением АД (более чем на 22%);
- г) *night-peakers* – лица с ночной гипертензией (АД превышает дневные величины).

При СМАД частота измерений равнялась 1 разу в течение 30 мин с 6 до 23 ч, 1 разу в течение 60 мин с 23 до 6 ч утра [3, 7, 14].

Результаты и обсуждение

Сравнительная оценка субъективных и объективных симптомов АГ 1 и 2-й степени после санаторного лечения установила положительную динамику состояния наблюдавшихся пациентов. Субъективное улучшение самочувствия в обеих группах отмечено после 4–6 дней пребывания в санатории, которое нарастало в течение 10–14 дней и сохранялось к окончанию курса лечения у большинства женщин (81,8=18 и 91,3%=21 соответственно). Об этом свидетельствовали исчезновение или сглаживание астено-ипохондрических и нейровегетативных симптомов (в том числе и нормализация сна), а также беспокойства, тревожности, головных болей и головокружения. Уровни САД и ДАД как по данным обычной тонометрии, так и по результатам СМАД имели строгую тенденцию к снижению, которая достигла достоверных значений у 72,7% (16 человек) пациентов 1-й группы и 86,9% (20 человек) – 2-й. В частности, САД снизилось с $183,2 \pm 9,1$ до $135,4 \pm 4,5$ мм рт. ст. после применения бромйодных ванн и с $184,3 \pm 8,9$ до $132,2 \pm 3,8$ мм рт. ст. – после азотно-термальных ванн; ДАД соответственно – с $101,3 \pm 8,2$ до $86,2 \pm 4,5$ и с $101,7 \pm 5,8$ до $81,3 \pm 4,4$ мм рт. ст. В целом показатели САД и ДАД в 1-й группе снизились, соответственно, на $16,5 \pm 2,3$ и $12,8 \pm 1,8$ мм рт. ст., во 2-й – на $19,1$ и $15,7$ мм рт. ст. соответственно. Отмечена благоприятная динамика и $САД_{макс}$ (с $216,2 \pm 6,4$ до $208,6 \pm 6,9$ мм рт. ст.) и $ДАД_{макс}$ (с $112,1 \pm 5,6$ до $106,4 \pm 5,5$), а также сте-

пень ночного снижения САД (с 6,9 до 23,5%) и ДАД (с 6,3 до 20,5%) после применения бромйодных ванн. Примечательно, что использование азотно-термальных ванн оказало более выраженное терапевтическое действие на изменения $САД_{макс}$ (с $216,3 \pm 6,6$ до $205,8 \pm 5,8$ мм рт. ст.) и ДАД (с $112,4 \pm 5,3$ до $104,9 \pm 5,1$), а также степень ночного снижения САД (с 6,7 до 12,6%) и ДАД (с 7,3 до 10,9%), что подчеркивает более выраженный гипотензивный эффект. Вместе с тем сократилась частота ночных и утренних подъемов АД на 25,9% и гипертонических «пиков» (27,5%); отмечено восстановление суточного профиля у 48,6%. В процессе санаторного лечения по мере снижения уровня АД и их стабилизации (140/90 мм рт. ст. и ниже) всем пациентам предложено снижение дозы гипотензивных лекарств, а у 6 (27,3%) женщин 1-й и 9 (39,1%) 2-й групп удалось отказаться от регулярного приема медикаментов.

В целом гемодинамическая гипотензивная эффективность бальнеотерапии у женщин с начальными стадиями АГ зарегистрирована во всех случаях ($p < 0,05$). При сравнении динамики основных показателей СМАД до и после бальнеотерапии антигипертензивный результат азотно-термальных ванн оказался выше ($p < 0,01$). При этом частота и выраженность пограничных нервно-психических расстройств снизились ($p < 0,05$) практически у всех больных, однако их положительная динамика оказалась в 1-й группе выше, что, возможно, обусловлено более значительным седативным действием бромйодных минеральных ванн, связанным с большим содержанием брома в ней [16–18].

Таким образом, бальнеотерапия (бромйодные и азотно-термальные ванны) женщин с начальными стадиями АГ эффективна соответственно в 81,8% (18 человек) и 86,9% (20 человек) случаев, что позволяет рекомендовать санаторно-курортное лечение для широкого применения. При этом в целом у 48,9% (22 женщины) благодаря использованию комплексного лечения удалось снизить дозу антигипертензивных препаратов. Число обращений в связи с АГ, частота осложнений (гипертонические кризы, аритмии сердца, стенокардия) и дней нетрудоспособности женщин, находившихся на санаторном лечении, в течение последующих 12–18 мес сократились в 2,1 раза при сравнении в КГ (см. таблицу). О результативности комплексного (сочетание антигипертензивной – медикаментозной и бальнеотерапии) мониторинга женщин с АГ свидетельствуют также динамика течения заболевания, частота осложнений и временной утраты трудоспособности (ВУТ), а также факторы риска (ФР) ССЗ (см. таблицу).

У подавляющего большинства женщин ОГ благодаря формированию адекватного отношения к своему здоровью и, прежде всего, установки на систематическое выполнение рекомендаций врача и длительное сотрудничество («терапевтическое согласие») у 39 (86,6%) из 45 отмечена стойкая психологическая мотивация осознанно выполнять лечебно-профилактические мероприятия. После 18 мес наблюдения зарегистрировано стабильное улучшение самочувствия: динамика субъективных (головные боли, головокружение, раздражительность, плохой сон, чувство перебоев, боли в области сердца, неустойчивость настроения, общая слабость, утомляемость, признаки депрессии и тревоги) и объективных показателей (уровни АД, в том числе и показатели суточного профиля и вариабельности последнего, параметры электрокардиограммы).

Клинико-социальные показатели женщин с АГ обеих групп		
Клинико-гемодинамические показатели	Группа, %	
	основная (n=45)	контрольная (n=44)
Клинический статус – улучшение	91,1	47,7
Достижение целевых уровней АД	86,6	25,0
Суточный профиль АД:		
• Нормализация	30,0	10,0
• Тенденция к нормализации	45,0	25,0
Декомпенсация АГ		
• Госпитализация	8,9	36,4
• Гипертонические кризы	15,5	43,2
• Аритмии сердца	4,4	15,9
• Стенокардия	11,1	25,0
МС:	37,8	15,0
• Динамика	70,6	20,0
• Без изменений	29,4	80,0
Динамика ФР ССЗ (уменьшение)	86,6	11,4
ВУТ/инвалидность	17,8	52,3

Кроме этого, значение имеют изменения поведенческих привычек – соблюдение рекомендаций по режиму питания, движения и эмоциональному реагированию. В результате осуществления комплексного динамического мониторинга достигнуты целевые уровни АД и благоприятное самочувствие у 91,1% женщин ОГ, в то время как в КГ антигипертензивная эффективность зафиксирована лишь у 39,5%. Установлена достоверная динамика частоты МС у 70,6% женщин ОГ и лишь у 20,0% КГ ($p<0,01$), что характеризует снижение ССР среди первых. Отмечены также сокращение ($p<0,05<0,01$) числа дней ВУТ и распространенности ФР ССЗ, прежде всего избыточной массы тела (ИМТ) и дислипопро-теидемий (ДЛП) – в 2,5 раза, низкой физической активности (НФА) и гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) – в 3,5 раза.

Вместе с тем в КГ в течение 1,5 года отмечен рост частоты обращений за неотложной помощью, декомпенсации АГ, ее осложнений и госпитализаций почти у 1/2 пациенток, ФР ССЗ (ИМТ, ГЛЖ, ДЛП, НФА) – у 89,6% женщин; лишь в 1/4 (25,0%) наблюдений зафиксировано снижение уровней АД и положительная динамика клинико-гемодинамических параметров. Представленные данные подчеркивают роль санаторного лечения в повышении эффективности лечебно-профилактических мер у работающих женщин с АГ.

Заключение

Полученные нами результаты свидетельствуют о лечебно-профилактическом значении бальнеотерапии работающих женщин с АГ в системе их восстановительного лечения. Следует считать целесообразным включение санаторного и/или амбулаторного водолечения в программу вторичной профилактики и медико-психологического сопровождения женщин с АГ I и 2-й степени.

Литература/References

1. Кобалава ЖД, Толкачева ВВ, Морылева ОН. Клинические особенности и лечение артериальной гипертензии у женщин. Сердце. 2004; 6 (18): 284–9. / Kobalava Zh.D., Tolkačeva V.V., Moryleva O.N. Klinicheskie osobennosti i lechenie arterial'noi gipertonii u zhenšbčin. Serdtse. 2004; 6 (18): 284–9. [in Russian]
2. Вебер В.Р. Артериальная гипертензия у женщин в постменопаузальном периоде. Сердце. 2006; 7 (3): 346–52. / Veber V.R. Arterial'naiia gipertenzia u zhenšbčin v postmenopauzal'nom periode. Serdtse. 2006; 7 (3): 346–52. [in Russian]
3. Эльгаров АА, Калмыкова МА, Эльгаров МА. Артериальная гипертензия и аритмия сердца у водителей автотранспорта. Научник: ООО «Тетраграф». 2011. / El'garov AA, Kalmykova MA, El'garov MA. Arterial'naiia gipertonii i aritmiia serdtsa u voditelei avtotransporta. Na'cbik: ООО «Tetragraf». 2011. [in Russian]
4. Вахнина Н.В. Введение пациентов с когнитивными нарушениями. Справочник поликлинического врача. 2013; 3: 40–5. / Vakhnina N.V. Vvedenie patsientov s kognitivnymi narusheniami. Handbook for Practitioners Doctors. 2013; 3: 40–5. [in Russian]
5. Деревнина Е.С., Персаивили Д.Г., Шварц Ю.Г. Когнитивная дисфункция у пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями. Сердце. 2013; 1: 13–20. / Derevnina E.S., Persasvili D.G., Shvarts Ju.G. Kognitivnaia disfunktsiia u patsientov s kardiovaskuliarnymi zabolevaniiami. Serdtse. 2013; 1: 13–20. [in Russian]
6. Ларина В.Н., Барт Б.Я., Гарданова Ж.Р., Рунихина Н.К. Изменения когнитивного статуса у женщин в период постменопаузы при артериальной гипертензии. Кардиология. 2015; 1: 33–6. / Larina V.N., Bart B.Ia., Gardanova Zh.R., Runikhina N.K. Izmeneniia kognitivnogo statusa u zhenšbčin v period postmenopauzy pri arterial'noi gipertonii. Kardiologiya. 2015; 1: 33–6. [in Russian]
7. Эльгаров АА, Калмыкова МА, Эльгаров МА. Внимание, на приеме водитель автотранспорта. Врач. 2015; 4: 56–60. / El'garov AA, Kalmykova MA, El'garov MA. Vnimanie, na prieme voditel' avtotransporta. Vrach. 2015; 4: 56–60. [in Russian]
8. Разумов А.Н. Концептуальное обоснование места и роли нового научно-практического направления восстановительной медицины в системной организационной структуре здравоохранения Российской Федерации. Вopr. курортологии, физиотерапии и ЛФК. 2013; 1: 10–9. / Razumov A.N. Kontseptual'noe obosnovanie mesta i roli novogo nauchno-prakticheskogo napravleniia vosstanovitel'noi meditsiny v sistemnoi organizatsionnoi strukture zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii. Vopr. kurortologii, fizioterapii i LFK. 2013; 1: 10–9. [in Russian]
9. Поважная Е.Л., Бобровницкий И.П. Вклад Российского Научного Центра медицинской реабилитации и курортологии в развитие курортного дела в России. Вopr. курортологии, физиотерапии и ЛФК. 2013; 1: 20–5. / Povazhnaiia E.L., Bobrovnikitskii I.P. Vklad Rossiiskogo Nauchnogo Tsentra meditsinskoi rehabilitatsii i kurortologii v razvitiie kurortnogo dela v Rossii. Vopr. kurortologii, fizioterapii i LFK. 2013; 1: 20–5. [in Russian]

- Bobrovnikskii I.P. Vklad Rossiiskogo Nauchnogo Tsentra meditsinskoi reabilitatsii i kurortologii v razvitie kurortnogo dela v Rossii. Vopr. kurortologii, fizioterapii i LFK. 2013; 1: 20–5. [in Russian]*
10. Эльгаров АА. Курортная реабилитация больных вибрационной болезнью. Нальчик: Кабардино-Балкарский госуниверситет, 1983. / El'garov AA. Kurortnaia reabilitatsiia bol'nykh vibratsionnoi bolezni'u. Nal'chik: Kabardino-Balkarskii gosuniversitet, 1983. [in Russian]
 11. Антипова ИИ, Смирнова ИИ, Барабаш ЛВ. и др. Клинико-функциональное обоснование применения пантовых ванн в восстановительном лечении больных артериальной гипертензией с хроническим эколого-производственным психоэмоциональным перенапряжением. Вopr. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2014; 1: 15–21. / Antipova II, Smirnova IN, Barabash LV. i dr. Kliniko-funktsional'noe obosnovanie primeneniia pantovykh vann v vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh arterial'noi gipertoniei s kbronicheskim ekologo-proizvodstvennym psikhoemotsional'nym perenapriazheniem. Vopr. kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury. 2014; 1: 15–21. [in Russian]
 12. Владимирский ЕВ, Фильцагина ТН. Проблемы антигипертензивной бальнеотерапии. Вopr. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013; 5: 40–5. / Vladimirskii E.V., Fil'tsagina T.N. Problemy antigipertenziivnoi bal'neoterapii. Vopr. kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury. 2013; 5: 40–5. [in Russian]
 13. Никифорова ТИ, Лебедева ОД, Рыков СВ, Белов АС. Современные комплексные технологии реабилитации и профилактики у больных артериальной гипертензией. Вopr. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013; 6: 52–8. / Nikiforova TI, Lebedeva OD, Rykov SV, Belov AS. Sovremennye kompleksnye tekhnologii reabilitatsii i profilaktiki u bol'nykh arterial'noi gipertenziei. Vopr. kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury. 2013; 6: 52–8. [in Russian]
 14. Эльгаров АА, Арамисова РМ, Эльгаров МА, Калмыкова МА. Оценка эффективности и специфической безопасности вторичной профилактики артериальной гипертензии у водителей автотранспорта. Клин. мед. 2015; 4: 31–8. / El'garov AA, Aramisova RM, El'garov MA, Kalmykova MA. Ot-senka effektivnosti i spetsificheskoi bezopasnosti utorichnoi profilaktiki arterial'noi gipertenzii u voditelei avtotransporta. Klin. med. 2015; 4: 31–8. [in Russian]
 15. Калмыкова МА, Арамисова РМ, Эльгаров МА, Чочаева МЖ. Антигипертензивная терапия работающих женщин с артериальной гипертензией: эффективность и безопасность. Врач скорой помощи. 2015; 9: 38–43. / Kalmykova MA, Aramisova RM, El'garov MA, Chochaeva MZh. Antigipertenziivnaia terapiia rabotaiushchikh zhenshchin s arterial'noi gipertoniei: effektivnost' i bezopasnost'. Vrach skoroi pomoshchi. 2015; 9: 38–43. [in Russian]
 16. Джантупев МИ. Курорт «Нальчик». Лечебные природные ресурсы и механизм их действия. Нальчик: ООО «Тетраграф», 2014. / Dzhanypuev MI. Kurort «Nal'chik». Lechebnye prirodnye resursy i mekhanizm ikh deistviia. Nal'chik: ООО «Tetra-graf», 2014. [in Russian]
 17. Эльгаров АА, Калмыкова МА, Эльгаров МА, Бетуганова ЛВ. Эффективность и безопасность бальнеотерапии водителей автотранспорта с нарушениями ритма сердца. Вopr. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2014; 2: 8–12. / El'garov AA, Kalmykova MA, El'garov MA, Betuganova LV. Effektivnost' i bezopasnost' bal'neoterapii voditelei avtotransporta s narusheniami ritma serdtsa. Vopr. kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury. 2014; 2: 8–12. [in Russian]
 18. Эльгаров АА, Калмыкова МА, Эльгаров РМ. и др. Санаторное лечение водителей автотранспорта с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Вopr. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2015; 1: 14–8. / El'garov AA, Kalmykova MA, El'garova RM. i dr. Sanator-noe lechenie voditelei avtotransporta s iazvennoi bolezni'u dvenadtsatiperstnoi kishki. Vopr. kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury. 2015; 1: 14–8. [in Russian]

Сведения об авторах

Апиева Елена Леонидовна – соискатель каф. пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М.Бербекова
Эльгаров Анатолий Адальбиевич – д-р мед.наук, проф. каф. пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М.Бербекова

Калмыкова Марияна Анатольевна – канд. мед. наук, ассистент каф. факультетской терапии ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М.Бербекова

Эльгаров Марат Анатольевич – канд. мед. наук, науч. сотр. лаб. профилактической и автодорожной медицины ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М.Бербекова. E-mail: maratusnn@mail.ru

— * —

Взаимосвязь параметров функции сосудистого эндотелия с показателями субоптимального статуса здоровья и факторами сердечно-сосудистого риска

Е.Ю.Марутина, В.И.Купаев, П.А.Лебедев✉, О.Ю.Борисов
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России.
443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89

Проблема профилактики хронических неинфекционных заболеваний продолжает оставаться актуальной. Представляется перспективной интеграция новых неинвазивных методик скрининга в систему оценки состояния здоровья пациента.

Целью работы было установление взаимосвязи параметров функции сосудистого эндотелия с показателями субоптимального статуса здоровья и факторами сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы. Обследованы 327 жителей Самары, не имевших в анамнезе заболеваний и не получавших лечение за последние 3 мес. Использовались анкетный скрининг диагностики субоптимального статуса здоровья SHSQ-25, факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, эндотелин-1 крови человека, определялся показатель функции эндотелия методом компьютерной фотоплетизмографии.

Результаты и обсуждение. Субоптимальный статус здоровья связан с распространенностью и выраженностью факторов сердечно-сосудистого риска курением, избыточной массой тела, общим холестерином, глюкозой, эндотелином крови, сосудистой эндотелийзависимой реактивностью, что свидетельствует об их доминирующем влиянии на качество жизни в популяции практически здоровых лиц. Сосудистая реактивность, неинвазивно оцененная по показателю функции эндотелия в пробе с ишемией верхней конечности методом компьютерной фотоплетизмографии, отражает системную функцию сосудистого эндотелия, поскольку негативно связана с эндотелином крови и главными факторами сердечно-сосудистого риска: возрастом, мужским полом, индексом массы тела, характером трудовой деятельности, величиной артериального давления.

Ключевые слова: субоптимальный статус здоровья; факторы сердечно-сосудистого риска, вазорегулирующая функция сосудистого эндотелия.

✉lebedcard@rambler.ru

Для цитирования: Марутина Е.Ю., Купаев В.И., Лебедев П.А., Борисов О.Ю. Взаимосвязь параметров функции сосудистого эндотелия с показателями субоптимального статуса здоровья и факторами сердечно-сосудистого риска. Кардиосоматика. 2016; 7 (3–4): 86–90.

Correlation between vascular endothelial function parameters with indicators of suboptimal health status and the factors of cardiovascular risk

Е.Yu.Marutina, V.I.Kupaev, P.A.Lebedev✉, O.Yu.Borisov
Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 443099, Russian Federation, Samara, ul. Chapaevskaia, d. 89

The problem of prevention of chronic non-communicable diseases continues to be relevant. It is a promising non-invasive integration of new screening methods to assess the patient's health system.

The goal was to establish the relationship of vascular endothelial function parameters with indicators of suboptimal health status and the factors of cardiovascular risk.

Materials and methods. A total of 327 residents of Samara, who had no history of disease and did not receive treatment in the last 3 months. We used a questionnaire diagnostic screening suboptimal health status SHSQ-25, the risk factors of cardiovascular diseases, endothelin-1, human blood index of endothelial function was determined by computer photoplethysmography.

Results and discussion. Suboptimal health status is associated with the prevalence and severity of cardiovascular risk factors, smoking, overweight, total cholesterol, glucose, blood endothelin, vascular endothelium reactivity, indicating that their dominant influence on the quality of life in a population of healthy individuals. Vascular reactivity non-invasively evaluated in terms of endothelial function in the sample with ischaemia of the upper limb by computer photoplethysmography reflects systemic vascular endothelial function as a negative associated with endothelin blood and the main factors of cardiovascular risk: age, male gender, body mass index, the nature of work activity, blood pressure value.

Key words: suboptimal health status, factors of cardiovascular risk, vasoregulating function of the vascular endothelium.

✉lebedcard@rambler.ru

For citation: Marutina E.Yu., Kupaev V.I., Lebedev P.A., Borisov O.Yu. Correlation between vascular endothelial function parameters with indicators of suboptimal health status and the factors of cardiovascular risk. Cardiosomatics. 2016; 7 (3–4): 86–90.

Каждый год в мире от неинфекционных заболеваний умирает более 36 млн человек, из них более 9 млн в возрасте до 60 лет [1]. Неинфекционные заболевания определяют 76% всех причин

смерти населения Российской Федерации. Из них сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующие позиции. По итогам диспансеризации 2013 г. в Самарской области выявлены заболевания системы

кровообращения – 39,7, эндокринной системы – 32,3, органов пищеварения – 11,6, болезни глаза – 8,5, нервной системы – 5,9, органов дыхания – 4,3, новообразования – 1 (на 1 тыс. осмотренных). У каждого осмотренного выявлены факторы риска развития неинфекционных заболеваний, из них самые распространенные – артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела, низкая физическая активность, курение табака, нерациональное питание. В проведении диспансеризации и профилактических осмотров проводился анкетный скрининг по достаточно большому перечню вопросов. Заслуживает внимание метод по оценке субоптимального статуса здоровья с помощью опросника SHSQ-25, который включает 25 вопросов и был впервые апробирован в Китае. С помощью данного опросника диагностируется субоптимальный статус здоровья – физическое состояние между здоровьем и болезнью, характеризующееся наличием жалоб на общую слабость и сниженную работоспособность. Проведенные ранее исследования показали надежную корреляционную связь между субоптимальным статусом здоровья и главными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний: уровнем артериального давления (АД), общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности [2]. Остается неясным механизм такой взаимосвязи и участие в нем дисфункции сосудистого эндотелия.

Согласно концепции сердечно-сосудистого континуума, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний приводят к эндотелиальной дисфункции и инициируют воспалительную реакцию и тромбогенность, свойственные атеросклеротической трансформации стенки средних и крупных артерий. Нарушенная способность к вазодилатации резистивных артериол, опосредованная состоянием эндотелия, рассматривается как пусковой механизм АГ [3–6]. Инструментальные показатели, характеризующие свойства сосудистой стенки, как и скорость распространения пульсовой волны, толщина интимы–медии, прочно вошли в рекомендации Европейского общества кардиологов для стратификации сердечно-сосудистого риска у больных АГ (2013 г.). Дисфункция сосудистого эндотелия как патогенетический феномен общепризнана, но методы ее определения плохо стандартизованы, трудоемки, их результаты зависят от оператора и т.д. Потокзависимая вазодилатация, или так называемая эндотелийзависимая вазодилатация, измеряемая на уровне периферических артерий с фотоплетизмографическим контролем, – простой, доступный метод, результаты которого хорошо коррелируют с маркерами ремоделирования органов-мишеней у пациентов с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца и атеросклерозом внекардиальной локализации. Но наиболее интересной сферой применения методов, оценивающих функциональную полноценность эндотелия, является стратификация риска в целях первичной профилактики. Качество жизни, как субъективная оценка физического благополучия, рассматривается как важная самостоятельная цель как самим пациентом, так и медициной. Взаимосвязь между качеством жизни и функцией эндотелия, очевидно, существует, что показано нами у пациентов с бронхиальной астмой, но в общей популяции не изучена. Таким образом, основной целью нашей работы явилось исследование взаимосвязей дисфункции эндотелия с показателями качества жизни, оцененного с медицинских позиций (субоптимального статуса здоровья).

Таблица 1. ПФЭ у обследованных лиц

Критерии	ПФЭ, %	p	t
18–40 лет	16,5±8,4	0,0001	4,97
41–50 лет	9,4±9,3		
Мужчины	14,3±9,7	0,88	0,15
Женщины	14,5±9,2		
Курящие	6,4±8,1	0,00001	-6,4
Некурящие	15,1±9,9		
Офисные работники	16,4±9,5	0,03	-2,17
Рабочие	12,0±9,0		
ИМТ<25 кг/м ²	16,6±8,6	0,0001	8,19
ИМТ>25 кг/м ²	7,8±9,6		

Таблица 2. Сравнительная характеристика исследуемых групп (M±sd)

Показатели	1-я группа SHS-total<14 (n=181)			2-я группа SHS-total≥14 (n=146)		
	18–40 лет (n=114)	41–50 (n=30)	51–60 (n=37)	18–40 (n=66)	41–50 (n=27)	51–60 (n=53)
ПФЭ, %	18,1±8,9	14,6±7,8	11,8±7,2	12,4±8,3**	1,7±6,4**	1,6±8,1**
ИМТ, кг/м	22,9±3,0	26,4±4,0	27,3±4,2	21,7±4,6	29,6±6,0*	29,3±4,5*
САД, мм рт. ст.	118,7±14,5	122,0±11,0	124,0±9,5	127,6±13,0	125,7±15,0	129,9±9,6*
ДАД, мм рт. ст.	74,5±10,6	80,5±6,7	79,1±6,3	74,1±7,0	80,2±12,6	80,8±7,8
ИК, пачка/лет	1,7±4,6	2,4±6,4	4,4±7,9	3,3±5,8*	9,1±23,1*	4,5±11,4
Глюкоза, ммоль/л	4,8±0,7	4,7±0,8	4,3±0,8	4,9±0,2	5,1±0,7	4,9±0,9*
Общий холестерин, ммоль/л	4,6±0,6	5,3±1,0	5,3±0,7	4,2±0,2	5,4±0,7	6,8±1,0**
SHS-total	6,8±4,2	6,5±3,8	9,2±3,4	22,4±5,7**	21,2±6,9**	22,0±7,7**
SHS «сердечно-сосудистая система»	0,5±1,2	0,6±0,8	1,3±1,2	1,6±1,4**	2,6±1,8**	3,0±1,9**

*Различия между группами соответствующего возраста при p<0,01; **при p<0,001.

Таблица 3. Характеристика обследованных в группах с нормальным и субоптимальным статусом здоровья

Показатели	Группа SHS-total<14 (n=26)		Группа SHS-total≥14 (n=26)		t-критерий
	M	Std. Dev.	M	Std. Dev.	
Возраст, лет	32,1	14,1	45,2	11,5	-3,2
Шкала «Усталость»	4,3	2,3	10,0	3,55	-8,8
Шкала «Психический статус»	2,29	2,11	7,24	3,3	-5,6
Шкала «Сердечно-сосудистая система»	1,0	1,2	1,8	1,7	-4,1
Шкала «Пищеварительная система»	0,4	0,6	2,1	1,6	-3,0
Шкала «Иммунитет»	0,3	0,9	2,5	1,9	-3,3
SHS-total, баллы	8,3	4,0	23,6	6,2	-9,8
ИМТ, кг/м	25,8	4,2	23,8	5,9	3,5
ИК, пачка/лет	1,6	4,2	4,1	12,9	-1,3
САД, мм рт. ст.	118,5	13,1	121,5	15,17	-1,3
ДАД, мм рт. ст.	77,7	9,2	79,0	9,5	-0,5
ПФЭ, %	15,2	8,8	10,0	10,27	2,7
Глюкоза, ммоль/л	4,6	0,8	4,8	0,99	-3,1
Эндотелин-1, фмоль/л	2,3	2,2	6,1	5,42	-3,3

Материалы и методы

В исследование включены 327 человек, все обследованные жители Самары, считали себя здоровыми и за медицинской помощью обращались не позднее 3 мес назад. Осмотр проводился в клиниках СамГМУ, на базе Самарской областной клинической больницы им. В.Д.Середякина и в ряде центров здоровья при лечебно-профилактических учреждениях. Средний возраст обследованных 37,8±14,0 (динамический интервал 18–60) года. Использовался анкетный скрининг по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (наследственность, курение, прием алкоголя, малоподвижный образ жизни, неправильное пи-

тание). Проведены медицинский осмотр с оценкой АД, индекса массы тела (ИМТ), лабораторное исследование с определением глюкозы, липидного спектра, иммуноферментный анализ с определением эндотелина-1 (с использованием иммуноферментного набора, «Biomedica», Австрия), инструментальные показатели артериальной ригидности и эндотелиальной дисфункции методом фотоплетизмографии (ФПГ) на компьютерном фотоплетизмографе «Элдар» [7, 8].

В ходе ФПГ оценивались индекс отражения (ИО) – отношение амплитуды отраженной пульсовой волны к амплитуде прямой волны, выраженное в процен-

тах, индекс жесткости (ИЖ) – отношение роста обследуемого (в метрах) ко времени (в секундах), показатель функции эндотелия (ПФЭ) – величина изменения ИО в ходе пробы с реактивной гиперемией на 3-й минуте постокклюзионного кровотока (ИО 3 мин) по сравнению с исходным значением до проведения пробы (ИОисх.). Диагностика субоптимального статуса здоровья базировалась на опроснике SHSQ-25 [9]. Опросник содержит 25 вопросов, при ответе на которые пациент имеет 5 вариантов градации ответа: никогда, редко, часто, очень часто, всегда; при этом выставляются баллы от 0 до 4 соответственно. Оценка производится как по сумме баллов, так и по отдельным шкалам: усталость, сердечно-сосудистая система, иммунная система, пищеварительная система, психический статус. Шкала усталости определялась по сумме баллов, полученных на вопросы с 1 по 6 и с 8 по 10; сердечно-сосудистая система – 11–13 вопросы; пищеварительная система – 14–16 вопросы; иммунная система – 1, 17, 25 вопросы; психический статус оценивался по 18–24 вопросам. Далее суммировались оценки по всем пунктам. Значение суммарного показателя статуса здоровья (SHS-total) более 14 свидетельствует о нахождении человека в состоянии субоптимального статуса, что будет требовать более углубленного обследования по всем 5 шкалам.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office, Statistica 10.0. Результаты представлены в виде $M \pm sd$, для сравнений групп по количественному признаку использовался параметрический *t*-критерий Стьюдента для независимых групп.

Результаты и обсуждение

Опросник SHSQ-25 позволил выявить лиц с отклонением в субоптимальном статусе, особенно по 2 шкалам – усталость, сердечно-сосудистая система. Показатель субоптимального статуса (SHS-total) по опроснику всех обследованных составил $14,3 \pm 9,8$ балла, в частности по шкале «сердечно-сосудистая система» $1,3 \pm 1,6$ балла. Значение субоптимального статуса достоверно увеличивалось с возрастом ($p < 0,05$). У женщин показатель SHS-total был выше, чем у мужчин, в 1,2 раза и составил $16,84 \pm 9,29$ балла против $14,1 \pm 9,1$ балла ($p = 0,01$). Ранее в нашем исследовании выявлена ассоциация субоптимального статуса здоровья с факторами риска сердечно-сосудистой системы (курением, избыточной массой тела, гиперхолестеринемией) [8]. Результаты нашего исследования по SHSQ-25 перекликаются с работой Y.Yu-Xiang и соавт. (2012 г.) [2], показавших на большой популяции китайских рабочих надежную корреляционную связь между субоптимальным статусом и основными детерминантами сердечно-сосудистых заболеваний.

С помощью компьютерной ФПГ проведена оценка артериальной ригидности и дисфункции эндотелия. ПФЭ представлены в табл. 1. Многие исследования показывают, что показатели эластичности сосудов, маркер артериальной жесткости, скорость распространения пульсовой волны достоверно увеличиваются с возрастом [10, 11]. Нами также выявлены отличия между ПФЭ по возрасту: лица 41–50 лет имели значение $9,4 \pm 9,3\%$, старше 50 лет – $6,4 \pm 9,1\%$, что достоверно ниже показателя у лиц 18–49 лет, у которых значение составило $16,5 \pm 8,4\%$ ($p = 0,0001$). У офисных работников ПФЭ составил $16,4 \pm 9,5\%$, а у рабочих $12,0 \pm 9,0\%$, что имело статистически достоверные от-

личия, $p = 0,03$. У лиц с избыточной массой тела ПФЭ составил $7,8 \pm 9,6\%$ против $16,6 \pm 8,6\%$ – у лиц с нормальной массой тела ($p < 0,0001$).

Курение негативно влияет на показатели эластичности сосудов. Скорость распространения пульсовой волны и ИЖ стойко повышены у хронических курильщиков [4]. Нами также обнаружена связь ПФЭ с курением (у курящих ПФЭ составил $6,4 \pm 8,1\%$ против $15,1 \pm 9,9\%$ – у некурящих лиц, $p < 0,0001$).

Установлены достоверные корреляционные связи ПФЭ ($p < 0,05$) как с суммарными показателями субоптимального статуса здоровья ($r = -0,52$), так и с отдельными шкалами опросника SHSQ-25: усталости ($r = -0,36$), психического статуса ($r = -0,29$), сердечно-сосудистой системы ($r = -0,36$). Также выявлена обратная зависимость с АД ($r = -0,44$).

Проведена сравнительная оценка показателей ИМТ, систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) и ПФЭ в двух группах, разделенных по высокому и низкому суммарному значению субоптимального статуса здоровья (SHS-total); табл. 2. Среднее значение SHS-total составило 14, 1-я группа – нормальный статус здоровья (SHS < 14), $n = 181$, и 2-я группа – субоптимальный статус здоровья (SHS > 14), $n = 146$.

Группы отличались по возрасту: 63,3% всех лиц до 40 лет вошли в 1-ю группу, когда во 2-й группе большую часть занимали лица 41–60 лет – 54,8%. Исследуемые группы имели достоверные отличия по ПФЭ: $16,4 \pm 8,6\%$ – в 1-й группе и $6,6 \pm 10,5\%$ – во 2-й ($p < 0,0001$). ПФЭ достоверно отличался между группами во всех возрастных категориях ($p < 0,001$). Наибольшее значение определилось у лиц 1-й группы до 40 лет – $18,1 \pm 8,9\%$, наименьшее во 2-й группе у лиц в возрасте 51–60 лет – $1,6 \pm 8,1\%$. Показатель субоптимального статуса здоровья, как общий, так и по шкале «Сердечно-сосудистая система», был значительно и достоверно выше во 2-й группе во всех возрастных категориях ($p < 0,001$). По показателю ИМТ достоверные отличия между группами выявлены только у лиц старше 40 лет: во 2-й группе $29,6 \pm 6,0$ – у лиц 41–50 лет, $29,3 \pm 4,5$ – 51–60 лет против значений в 1-й группе, где они составляли $26,4 \pm 4,0$ и $27,3 \pm 4,2$ соответственно. Также отмечены более высокий уровень АД, индекса курьельщика (ИК), общего холестерина, глюкозы у лиц 2-й группы старше 40 лет по сравнению с той же возрастной категорией лиц 1-й группы.

Лица, имеющие высокие показатели по опроснику SHSQ-25 (более 14), имели низкий ПФЭ, что может свидетельствовать о ранних сосудистых поражениях в этой группе.

Следующим этапом мы подтвердили наличие дисфункции эндотелия показателем биохимического маркера эндотелиальной дисфункции – эндотелина-1. В данном исследовании участвовали 52 человека, характеристика обследованных представлена в табл. 3. Уровень эндотелина-1 во 2-й группе был достоверно выше аналогичного показателя в 1-й группе ($6,1 \pm 5,4$ и $2,3 \pm 2,2$ фмоль/мл, $p < 0,01$).

Показатель эндотелина-1 имел достоверно значимую связь с ПФЭ ($r = -0,72$, $p < 0,05$), SHS-total ($r = 0,62$, $p < 0,05$), с показателем субоптимального статуса по шкале «Сердечно-сосудистая система» ($r = 0,79$, $p < 0,05$). Ассоциация показателя субоптимального статуса здоровья с показателем эндотелина-1 ($r = 0,62$, $p < 0,05$) в очередной раз определила чувствительность метода оценки субоптимального статуса здоровья для определения риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Качество жизни как субъективная оценка здоровья является самостоятельной целью как социальных, так и медико-профилактических мероприятий. Низкое качество жизни, определяемое состоянием здоровья, имеет значительные негативные последствия как для индивидуума, так и для социума. Улучшение качества жизни создает мотивацию для заинтересованности в увеличении продолжительности жизни, приверженности соблюдению рекомендаций к здоровому образу жизни. Внедряемый опросник SHSQ-25 является простым инструментом оценки качества жизни, оценивающим ее в целом, а также по разделам, 3 из которых связаны с состоянием сердечно-сосудистой системы, шкалами усталости и психического статуса. Нами показано, что субъективная оценка здоровья имеет существенные корреляции с факторами сердечно-сосудистой заболеваемости, лидирующими в статистике причин смертности и инвалидности. Сам факт этих взаимоотношений является новым и нуждается в подтверждении. Механизм этой взаимосвязи изучен недостаточно, хотя наиболее вероятным связующим звеном является дисфункция сосудистого эндотелия, которая положена в основу сердечно-сосудистого континуума. Наша работа подтверждает эту точку зрения на основе установленных взаимосвязей между субоптимальным статусом здоровья и эндотелиальными параметрами. С современных позиций важно и то, что психологическое нездоровье, в том числе депрессия как наиболее тяжелая и распространенная его форма, является доказанным фактором сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности. Наше исследование косвенно подтверждает как прямое влияние дисфункции сосудистого эндотелия, находящегося под влиянием факторов сердечно-сосудистого риска на психологическое благополучие, так и то, что психологический статус является фактором воздействия на сосудистый эндотелий. Третий фактор, влияющий на функцию эндотелия, – сопутствующие заболевания, которые в анкете выделены в две рубрики – пищеварительной и иммунной системы. Нами показано, что эти рубрики имеют существенный вклад в итоговую характеристику качества жизни, и это ставит вопрос об участии дисфункции эндотелия как универсального механизма коморбидности. Эти вопросы являются сферой кардиосоматического направления, сформулированного профессором Д.М.Ароновым, которое позволяет осмыслить многогранные взаимосвязи метаболических, эндокринных, воспалительных факторов с состоянием сердца и сосудистой стенки [12]. Таким образом, понимание взаимосвязи качества жизни с параметрами сосудистого эндотелия как интегрального показателя вовлеченности сосудистой стенки в патогенез АГ и атеросклероза исключительно важно для обоснования направленности лечебных и реабилитационных воздействий как на само качество жизни, так и на восстановление функции эндотелия, в том числе через воздействие на факторы сердечно-сосудистого риска.

Выводы

1. Субоптимальный статус здоровья связан с распространенностью и выраженностью факторов сер-

дечно-сосудистого риска: курением, избыточной массой тела, общим холестерином, глюкозой, эндотелином крови, сосудистой эндотелийзависимой реактивностью, что свидетельствует об их доминирующем влиянии на качество жизни в популяции практически здоровых лиц.

2. Сосудистая реактивность, неинвазивно оцененная по ПФЭ в пробе с ишемией верхней конечности методом ФПГ, отражает системную функцию сосудистого эндотелия, поскольку негативно связана с эндотелином крови и главными факторами сердечно-сосудистого риска: возрастом, мужским полом, ИМТ, характером трудовой деятельности, величиной АД.

Литература/References

1. Бойцов С.А., Оганов Р.Г. Четверть века в поисках оптимальных путей профилактики неинфекционных заболеваний и новые задачи на будущее (к 25-летию юбилею образования Государственного научно-исследовательского центра проф. мед.). Профилактическая медицина. 2013; 5: 3–19. / Boitsov S.A., Oganov R.G. Chetvert' veka v poiskakh optimal'nykh putei profilaktiki neinfektsionnykh zabolevaniy i novie zadachi na budushchee (k 25-letnemu yubileiu obrazovaniia Gosudarstvennogo nauchno-issledovatel'skogo tsentra prof. med.). Profilakticheskaya meditsina. 2013; 5: 3–19. [in Russian]
2. Yu-Xiang Y., Jing D., You-Qin L. et al. Association of Suboptimal Health Status and Cardiovascular Risk Factors in Urban Chinese Workers. J of Urban Health: Bulletin NY Academy Med 2012; 89 (2): 329–38.
3. Даушева А.Х. Дисфункция эндотелия и сердечно-сосудистое ремоделирование у больных бронхиальной астмой. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2008; с. 156. / Dausheva A.Kh. Disfunktsiia endoteliia i serdechno-sosudistoe remodelirovanie u bol'nykh bronkhiial'noi astmoi. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Samara, 2008; s. 156. [in Russian]
4. Mahmud A. Reduction in arterial stiffness with angiotensin 2 antagonist is comparable with and additive to ACE inhibition. Am J Hypertension 2002; 15: 321–5.
5. Намakanов Б.А., Расулов М.М. Эндотелиальная дисфункция при артериальной гипертензии – фактор риска сердечно-сосудистых осложнений. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005; 6: 98–101. / Namakanov B.A., Rasulov M.M. Endotelialnaia disfunktsiia pri arterial'noi gipertenzii – faktor riska serdechno-sosudistykh oslozhenii. Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika. 2005; 6: 98–101. [in Russian]
6. Libby P., Ridker P.M., Hansson G.K. Progress and challenges in translating the biology of atherosclerosis. Nature 2011; 473 (7347): 317–25.
7. Власова С.П. Дисфункция эндотелия и артериальная гипертензия. Под ред. П.А.Лебедева. Самара: Офорт, 2010; с. 192. / Vlasova S.P. Disfunktsiia endoteliia i arterial'naia gipertenziia. Pod red. P.A.Lebedeva. Samara: Ofort, 2010; s. 192. [in Russian]
8. Купаев В.И., Борисов О.Ю., Марутин Е.Ю. Изучение здоровья человека через интегральную оценку субоптимального статуса и дисфункции эндотелия. Справочник врача общей практики. Т. 3. М., 2014; с. 72–7. / Kupaev V.I., Borisov O.Yu., Marutina E.Yu. Izuchenie zdorov'ia cheloveka cherez integral'nuu otsenku suboptimal'nogo statusa i disfunktsii endoteliia. Spravochnik vracha obschchei praktiki. T. 3. M., 2014; s. 72–7. [in Russian]
9. Yu-Xiang Y., You-Qin L., Man L. et al. Development and Evaluation of a Questionnaire for Measuring Suboptimal Health Status in Urban Chinese. J Epidemiol 2009; 19 (6): 333–41.
10. Лебедев П.А. Диагностика функции эндотелия у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Самара, 2004; с. 18. / Lebedev P.A. Diagnostika funktsii endoteliia u bol'nykh s serdechno-sosudistymi zabolevaniiami. Samara, 2004; s. 18. [in Russian]
11. Tomiyama H., Yamashina A., Arai T. et al. Influences of age, gender on results of noninvasive brachial-ankle pulse wave velocity measurement – a survey of 12517 subjects. Atherosclerosis 2003; 166 (2): 303–9.
12. Аронов Д.М. Что такое кардиосоматика? Вступительное слово гл. ред. Кардиосоматика. 2010; 1. / Aronov D.M. Chto takoe kardiosomatika? Vstupitel'noe slovo gl. red. Kardiosomatika. 2010; 1. [in Russian]

Сведения об авторах

Марутин Екатерина Юрьевна – аспирант каф. семейной медицины ФГБОУ ВО СамГМУ

Купаев Виталий Иванович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. семейной медицины ФГБОУ ВО СамГМУ

Лебедев Петр Алексеевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапии ФГБОУ ВО СамГМУ. E-mail: lebedcard@rambler.ru

Борисов Олег Юрьевич – клин. ординатор каф. семейной медицины ФГБОУ ВО СамГМУ

Неинвазивная стимуляция ангиогенеза у больных с ишемической болезнью сердца с использованием ударно-волновой терапии (обзор литературы)

С.Т.Мацкеплишвили^{1,2}, Б.М.Борбодоева²

¹Медицинский научно-образовательный центр ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова. 119991, Россия, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 27, корп. 10;

²ФГБНУ Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева. 121552, Россия, Москва, Рублевское ш., д. 135

Статья представляет обзор опубликованных данных, посвященных важнейшей проблеме современной кардиологии – лечению ишемической болезни сердца (ИБС) при наличии дисфункции левого желудочка, а также улучшению качества жизни больных. Рассматриваются проблемы терапии ИБС в современной кардиологии, новые подходы к лечению ИБС у пациентов с невозможностью выполнения хирургической реваскуляризации либо уже перенесших реваскуляризацию миокарда. Акцент делается на безопасность и эффективность применения ударно-волновой терапии у этой категории больных.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия, аортокоронарное шунтирование, терапевтический ангиогенез, ударно-волновая терапия.

✉simonmats@mc.msu.ru

Для цитирования: Мацкеплишвили С.Т., Борбодоева Б.М. Неинвазивная стимуляция ангиогенеза у больных с ишемической болезнью сердца с использованием ударно-волновой терапии (обзор литературы). Кардиосомастика. 2016; 7 (3–4): 91–96.

Non-invasive stimulation of angiogenesis with shock-wave therapy in patients with coronary artery disease (literature review)

S.T.Matskeplishvili^{1,2}, B.M.Borbodoeva²

¹Lomonosov Moscow State University Medical Center. 119991, Russian Federation, Moscow, Lomonosovsky pr-t, d. 27, corp. 10;

²A.N.Bakulev Scientific Centre of Cardiovascular Surgery. 121552, Russian Federation, Moscow, Rublevskoe sh., d. 135

The article presents a review of published data regarding the most important problem in cardiology – treatment of patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction and improvement of quality of life in this group. The discussion covers the management of coronary artery disease in modern cardiology, new approaches to the treatment of coronary artery disease in patients without possibility of myocardial revascularization or after revascularization. The safety and effectiveness of shock-wave therapy in this group of patients is presented.

Key words: coronary artery disease, stable angina, coronary artery bypass grafting, therapeutic angiogenesis, shock-wave therapy. ✉simonmats@mc.msu.ru

For citation: Matskeplishvili S.T., Borbodoeva B.M. Non-invasive stimulation of angiogenesis with shock-wave therapy in patients with coronary artery disease (literature review). Cardiosomatics. 2016; 7 (3–4): 91–96.

Актуальность

В последние десятилетия, несмотря на принципиальные изменения в лечении и диагностике, сохраняющийся рост числа больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) является причиной высокой смертности населения и остается одной из основных проблем кардиологии [1]. Эта причина смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин составляет 56,6%, а у женщин – 40,4% [2].

Необходимо отметить, что даже при отсутствии стенокардии у 55–60% пациентов с ИБС имеет место наличие гибернированного миокарда вследствие наличия хронической ишемии миокарда [3–5]. Также в практике нередко встречается безболевого ишемия миокарда, которая является прогностически неблагоприятным фактором у больных со всеми формами ИБС. По данным S.Gottlieb (1988 г.), безболевого ишемия миокарда повышает риск внезапной смерти в несколько раз, аритмий – в 2 раза, развития инфаркта

миокарда (ИМ) и застойной сердечной недостаточности (СН) – в 1–1,5 раза.

При этом, несмотря на успешно выполняемые операции реваскуляризации и дальнейшую оптимальную консервативную терапию, возврат стенокардии в течение первого года после вмешательства составляет, по данным разных авторов, от 10 до 30%. Наряду с применением современной медикаментозной терапии, хирургических и гибридных технологий идет постоянный поиск альтернативных методов лечения ИБС. Применяются трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация, наружная контрпульсация, использование стволовых клеток, нейростимуляция. Одним из новых неинвазивных методов лечения ИБС у тяжелых пациентов, особенно когда оптимальная медикаментозная терапия не позволяет достичь целей лечения, а также при невозможности проведения операции прямой реваскуляризации и/или возврате приступов стенокардии в ранние и поздние

сроки операции является кардиальная ударно-волновая терапия (КУВТ).

КУВТ – это лечебный метод, использующий воздействие регулируемых ударных волн, сфокусированных в определенном заданном участке миокарда. Он оказывая выраженное терапевтическое воздействие, при этом не повреждая расположенные рядом органы и ткани. В основе метода лежит концепция стимуляции ангиогенеза в миокарде путем дистанционного воздействия сфокусированной ударной волны. Действие таких волн в современных приборах основано на эффекте кавитации, возникающей вследствие того, что акустическое сопротивление мягких тканей и жидкостных сред намного меньше акустического сопротивления костной ткани. Также в зоне воздействия высвобождается большое количество вазоактивных субстанций – сосудистых факторов роста, оксида азота (NO) и так далее, способствующих вазодилатации и неоангиогенезу.

История создания и применения ударно-волновой терапии

В 1950-х годах Ф.Рейбер впервые изобрел генератор ударных волн. Целью его работы являлось создание фокусированных импульсов давления (ударных волн), способных проникать в глубины человеческого тела. Изначально он предлагал использовать ударные волны для лечения опухоли мозга без операции. Впоследствии эта идея не получила подтверждения, но революционную для того времени разработку, так же как и сам генератор и технологию ударных волн, стали использовать в разных областях медицины [6]. Позднее советский инженер Л.А.Юткин в 1955 г. опубликовал свою теорию разрушения твердых тел в жидкой среде с использованием электрогидравлического эффекта [7]. Электрогидравлический эффект – это образование мощной ударной волны с заданными уникальными свойствами вследствие мощного электрического разряда в жидкой среде. Это самый эффективный метод преобразования электрической энергии в механическую. Ударные волны оказывают сверхвысокое гидравлическое давление, генерируют электромагнитное излучение (включая рентгеновское и световое) и вызывают эффект кавитации, который усиливает эффект разрушения. Подобное излучение подчиняется всем законам волнового процесса: его можно направлять, отражать и фокусировать [8].

В 1980-х годах ударно-волновую терапию (УВТ) начали применять в урологии и ортопедии [9, 10]. Первый аппарат, который реализовал концепцию использования электрогидравлического эффекта в медицине, был предназначен для дробления мочевых камней [11, 12]. Использование ударно-волновой литотрипсии при наличии камней желчного пузыря началось в 1985 г. [13]. Позже УВТ стали применять в ортопедии, спортивной медицине и кардиологии. Безопасность этого метода в кардиологии обеспечивается тем, что энергия акустической волны при УВТ сердца примерно в 4 раза меньше, чем в ортопедии, и в 10 раз меньше, чем в урологии [10, 15, 16].

Основные механизмы действия УВТ

Механическое воздействие акустической волны на миокард вызывает различные кратко- и долгосрочные биологические эффекты. Механическое действие на эндотелий сосудов вызывает так называемый эффект сдвига (S.Ichioka, 1997) [18]. Его направление параллельно току крови, при этом величина

силы сдвига прямо пропорциональна скорости и обратно пропорциональна радиусу сосуда. Таким образом, даже минимальное изменение диаметра сосуда значительно влияет на силу сдвига. Под воздействием силы сдвига активируется синтез матричной РНК, кодирующей NO-синтазу [17], с последующим повышением образования NO, что было доказано в исследованиях S.Mariotto и S.Ichioka [16, 18]. Оксид азота вызывает улучшение кровоснабжения вследствие вазодилатации, этот механизм объясняет краткосрочный антиангинальный эффект КУВТ.

Помимо этого, воздействие ударной волной приводит к выбросу противовоспалительных цитокинов, сосудистого эндотелиального фактора роста (Vascular Endothelial Growth Factor – VEGF), способствующих неоангиогенезу [19, 20]. Эти эффекты улучшают кровоснабжение миокарда в зоне ишемии (S.Mariotto и соавт., 2009) [16], и были подтверждены и в других экспериментальных исследованиях [21].

При каждом последующем сеансе УВТ точки воздействия в миокарде смещаются к центру зоны ишемии. Развитие новых сосудов наблюдается в среднем через 3 нед после процедуры УВТ. Для того чтобы объективизировать результаты лечения, до и после процедуры проводится комплексное функциональное обследование пациента.

Экспериментальные и клинические исследования действия УВТ

C.Wang и соавт. в своих исследованиях выявили влияние эффекта сдвига на значительный выброс биологически активных веществ и доказали возможность стимуляции неоангиогенеза с последующим улучшением кровоснабжения тканей. Достоверный рост новых кровеносных сосудов происходил через 4 нед терапии и сохранялся в сроки до 12 нед и более [20, 22]. Еще одним из важных физиологических последствий стимуляции эффекта сдвига является выраженная миграция разных видов клеток через эндотелиальный слой сосудов [23]. P.Reher и соавт. показали стимуляцию синтеза ангиогенных факторов роста (VEGF, основной фактор роста фибробластов, интерлейкин-8 и др.) под действием ударной волны [24, 30]. Также, что очень важно, в ряде экспериментальных работ была продемонстрирована способность УВТ активировать пролиферацию и дифференцировку собственных стволовых клеток сердца с последующей миграцией эндотелиальных клеток в зону воздействия, что сопровождалось улучшением перфузии на фоне экспериментальной ишемии [25, 26]. В дополнение к этому J.Sheu и соавт. было показано, что предварительная обработка аутологических стволовых клеток ударными волнами значительно усиливает их положительное воздействие на функцию левого желудочка (ЛЖ) у экспериментальных животных с моделью острого ИМ (ОИМ) [27]. Наконец, A.Aicher и соавт. доказали, что выброс ангиогенных факторов и эндогенных хемоаттрактантов в зоне ишемии, подвергнутой УВТ, привлекает циркулирующие эндотелиальные клетки-предшественники, тем самым повышая эффективность данной терапии [25, 31].

Эффективность УВТ in vivo на экспериментальной модели гибернации у свиней изучалась японскими учеными T.Nishida, H.Shimokawa и соавт. [28]. У лабораторных животных была создана модель гибернации миокарда, для чего в течение 4 нед у них постепенно сужали просвет огибающей коронарной артерии, что приводило к хронической ишемии без раз-

вития ОИМ, а затем проводили УВТ. Через 4 нед в группе животных, получивших УВТ, отмечалось улучшение регионарного коронарного кровотока (с $1,0 \pm 0,2$ до $1,4 \pm 0,3$ мл/мин/г), улучшение локальной сократительной функции миокарда ЛЖ и увеличение общей фракции выброса – ФВ (с 51 ± 2 до $62 \pm 2\%$). При этом в контрольной группе достоверная положительная динамика аналогичных показателей не наблюдалась. Важно отметить, что во многих экспериментальных работах, помимо выраженной эффективности, отмечалась и безопасность УВТ. Так, S.Young и соавт. после перевязки коронарного сосуда у крыс воздействовали на их сердце ударными волнами ежедневно, с интенсивностью $0,1$ Вт/см² SATA (частота или $0,75$ МГц, или $3,0$ МГц), с продолжительностью сеансов по 5 мин. При оценке плотности сосудистого русла с помощью микрофокусного рентгенологического метода было показано, что воздействие ударной волной плотностью энергии $0,1$ Вт/см² стимулирует формирование новых сосудов у крыс [29]. Помимо модели ИБС, изучались механизмы, эффективность и результаты применения УВТ при хронической СН (ХСН). M.Fu и соавт. выполняли УВТ пациентам с ХСН и ФВ 40%, процедура проводилась по стандартной методике по 9 сеансов (100 импульсов на зону) в гибернированных или ишемизированных сегментах миокарда ЛЖ, выявленных при проведении стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) с добутамином. Использование УВТ привело к достоверному снижению функционального класса (ФК) ХСН, увеличению пройденного расстояния по тесту с 6-минутной ходьбой, достоверному приросту ФВ ЛЖ. Немаловажно, что уровень тропонина Т у пациентов при проведении УВТ во всех случаях был нормальным [32–34, 38]. Было показано, что применение УВТ при ХСН сопровождается значительным уменьшением степени воспалительной реакции, клеточного апоптоза, оксидативного стресса и процессов заместительного фиброза в ишемизированном миокарде ЛЖ [34–36]. УВТ существенно уменьшает размер зоны ишемии миокарда и тормозит патологическое ремоделирование ЛЖ без развития каких-либо серьезных побочных эффектов. Это сопровождается увеличением экспрессии эндогенной синтазы оксида азота (eNOS), фактора фон Виллебранда (vWF), стромального клеточного фактора (SDF-1a), рецептора к стромальному клеточному фактору (CXCR4) на фоне проведения УВТ [36, 37].

Китайские ученые подтвердили возможность снижения выраженности фиброза после курсов УВТ на модели ОИМ [39]. Так, Y.Peng и соавт. продемонстрировали, что клиническое улучшение состояния в группе 50 пациентов с ХСН сопровождается положительной динамикой перфузии и функции миокарда уже через месяц после УВТ [44].

Многими авторами считается, что использование УВТ наиболее целесообразно у тяжелого контингента больных с ИБС и рефрактерной стенокардией, не являющихся кандидатами для интервенционной или хирургической реваскуляризации миокарда. G.Cassar и соавт. в 1999 г. опубликовали первые результаты применения УВТ у пациентов с рефрактерной стенокардией [40]. Согласно их данным отмечено достоверное снижение ФК стенокардии со значительным ростом переносимости физической нагрузки, заключающимся в приросте порога толерантности на 91% по сравнению с исходными показателями по данным Сиэттлского опросника ($p < 0,01$). Этот эффект был обусловлен значимым приростом перфу-

зии миокарда и снижением количества сегментов с ишемией миокарда в 1,6 раза ($p < 0,05$). Этими же авторами через 5 лет на Конгрессе Европейского общества кардиологов были представлены результаты 5-летнего наблюдения больных с возвратом стенокардии после хирургической реваскуляризации миокарда, находящихся на консервативном лечении [41]. УВТ проводилась по стандартной схеме – 9 сеансов в течение 9 нед. На 1-й неделе проводилось по 3 сеанса через день, затем таким же образом проводилось по 3 сеанса на 5 и 9-й неделях. Использовалось воздействие ударной волной с плотностью энергии $0,05$ и $0,1$ мДж/мм² по 200 импульсов в области на зоны с обратной ишемией миокарда. Применение УВТ не сопровождалась практически никакими побочными эффектами. Было показано, что УВТ приводила к значительному снижению среднего ФК стенокардии, причем эффект продолжался в течение 5 лет после лечения. Значительно (с $13,5$ до $2,7$ в неделю) снизилось количество принимаемых таблеток нитроглицерина ($p < 0,001$), было показано достоверное возрастание сократительной функции миокарда ЛЖ как в покое, так и при стресс-ЭхоКГ. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография продемонстрировала улучшение перфузии миокарда у 60% больных. Наиболее важным результатом в этой тяжелой группе больных было снижение 5-летней смертности до 8,6% (2 случая: 1 пациент умер во время повторной операции аортокоронарного шунтирования – АКШ, 2-й – вследствие тромбоэмболии легочной артерии через 10 мес после УВТ).

В 2013 г. выполнено проспективное рандомизированное двойное слепое исследование эффективности УВТ в лечении рефрактерной стенокардии [42]. В исследование были включены 18 пациентов, не подлежащих оперативному лечению, которым до и после терапии выполнялась стресс-ЭхоКГ с нагрузкой по протоколу Брюса. Активная группа получила 9 процедур УВТ по 300–500 импульсов в течение 2 мес. У 9 больных, получавших терапию, отмечалось существенное улучшение толерантности к физической нагрузке с увеличением времени нагрузки (в среднем $150,2 \pm 162,7$ с; $p = 0,02$). У 6 пациентов в группе плацебо было несущественное изменение ($57,8 \pm 161,8$ с); $p = 0,42$. Как и в других исследованиях, не было отмечено никаких побочных эффектов или осложнений.

A.Cassar и соавт. провели многоцентровое исследование для оценки безопасности и эффективности УВТ у пациентов с рефрактерной стенокардией (класса III/IV) [43], всем больным были выполнены тредмил-тест и оценка перфузии миокарда. Пациентам провели 9 сессий УВТ в область ишемии миокарда за 9 нед, конечные точки включали толерантность к физической нагрузке по данным тредмил-теста, а также размер зоны ишемии миокарда по данным радионуклидной диагностики спустя 4 мес после окончания лечения. С целью контроля безопасности процедур использовались электрокардиография (ЭКГ), ЭхоКГ, измерение уровня тропонина, креатинкиназы и мозгового натрийуретического пептида, а также анкетирование больных. В исследование были включены 15 пациентов с рефрактерной стенокардией, не переносившие реваскуляризацию миокарда, у которых было выявлено статистически значимое увеличение толерантности к физической нагрузке после лечения УВТ на $122,3 \pm 156,9$ с (на 38% по сравнению с исходным $319,8 \pm 157,2$ с; $p = 0,01$). Не было выявлено улучшения перфузии по сравнению с исходными данными при проведении нагрузочной

пробы через 4 мес после окончания курса УВТ. При этом не отмечалось никаких побочных эффектов по данным ЭКГ, ЭхоКГ, уровня тропонинов, креатинфосфокиназы или мозгового натрийуретического пептида.

Итальянскими учеными было проведено многоцентровое плацебо-контролируемое исследование [45] эффективности УВТ у пациентов с сохраняющимися клиническими проявлениями рефрактерной стенокардии, несмотря на проводимую оптимальную медикаментозную терапию, и не имеющих возможности подвергнуться процедурам чрескортного коронарного вмешательства или АКШ. Результаты исследования показали существенное уменьшение класса стенокардии по Сизэттскому опроснику ($1,33 \pm 0,57$ в группе наблюдения и $1,92 \pm 0,69$ в контрольной группе; $p=0,0002$), потребности в приеме нитроглицерина (20% в группе с УВТ; 44,8% в контрольной группе $p<0,03$) и частоты повторной госпитализации. Через 6 мес пациенты, перенесшие УВТ, продемонстрировали значительное улучшение перфузии миокарда ($p=0,002$). Это исследование продемонстрировало благоприятное воздействие УВТ на функцию миокарда, улучшение его перфузии и снижение частоты госпитализации у больных с ИБС с рефрактерной стенокардией, не являющихся кандидатами на реваскуляризацию [45].

Результаты исследования M.Kaller и соавт. также показали, что УВТ улучшает перфузию миокарда в зоне воздействия, практически не влияя на показатели глобальной перфузии миокарда у больных с терминальной стадией ИБС. Метод лечения хорошо переносился, при этом наблюдалось значительно уменьшение класса стенокардии [46].

Таким образом, с 1990-х годов в России и за рубежом проведен целый ряд исследований эффективности УВТ у пациентов кардиологического профиля с различными ишемическими синдромами (стенокардия напряжения, ХСН, хроническая ишемия нижних конечностей) с длительностью периода наблюдения от 3 мес до 5 и более лет. Во многих исследованиях изучалось влияние УВТ на динамику ФК стенокардии и толерантности к физической нагрузке по данным нагрузочной пробы, несколько реже приводились точные данные о снижении потребности в короткодействующих нитратах [33, 47–50]. Важно отметить, что, несмотря на большое количество проведенных исследований по оценке эффективности УВТ, все они основывались на определении клинических показателей либо на стандартных функциональных пробах, причем практически все исследования в данном направлении влияли на небольшое число больных. Оценка влияния УВТ проводилась по результатам изучения глобальной сократительной функции ЛЖ, локальная сократительная способность миокарда в различных по отношению к зоне воздействия сегментах не изучалась. На сегодняшний день разработаны новые неинвазивные высокоинформативные методы оценки сегментарных характеристик миокарда, в том числе показателей деформационных свойств, которые могут расширить понимание механизма УВТ, а также проводить более объективное динамическое наблюдение за клинико-функциональным состоянием пациентов, подвергнутых данной лечебной процедуре. Таким образом, оценка эффективности УВТ с использованием новых индексов сегментарной функции миокарда ЛЖ представляет несомненный интерес и является крайне актуальной задачей.

Литература/References

1. Бокерия ЛА, Гудкова РГ. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2012. / Bokeriya LA, Gudkova R.G. Bolezni i vrozhdennyye anomalii sistemy krovoobrascheniya. M.: NTSSSKb im. AN.Bakuleva RAMN, 2012. [in Russian]
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности. М.: Медиа Медика, 2000. / Belenkov Yu.N., Mareev V.Yu. Printsipy ratsional'nogo lecheniya serdechnoi nedostatochnosti. M.: Media Medika, 2000. [in Russian]
3. Бузиашвили Ю.И., Степанов М.М., Мацкеплишвили С.Т., Арипов М.А. Оценка параметров ремоделирования левого желудочка у больных ИБС при ЭхоКГ в покое. Бюллетень НЦССХ. 2004; 9: 64–70. / Buziasvili Yu.I., Stepanov M.M., Matskeplishvili S.T., Aripov M.A. Otsenka parametrov remodelirovaniya levogo zheludochka u bolnykh IBS pri EkhoKG v pokoe. Biulleten' NTSSSKb. 2004; 9: 64–70. [in Russian]
4. Асымбекова Э.У. Диагностика и тактика лечения больных ИБС с обратимыми формами дисфункции миокарда левого желудочка. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. НЦССХ им. А.Н.Бакулева. М., 1999. / Asymbekova E.U. Diagnostika i taktika lecheniya bolnykh IBS s obratimymi formami disfunktsii miokarda levogo zheludochka. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. NTSSSKb im. AN.Bakuleva. M., 1999. [in Russian]
5. Бузиашвили Ю.И., Ключников И.В., Асымбекова Э.У. и др. Геометрические критерии диагностики жизнеспособности миокарда. Problems biomedical research. 2001; 6 (1): 90–7. / Buziasvili Yu.I., Klyuchnikov I.V., Asymbekova E.U. et al. Geometricheskie kriterii diagnostiki zbziznesposobnosti miokarda. Problems biomedical research. 2001; 6 (1): 90–7. [in Russian]
6. Frank R. Shock wave generator: pat. 2559227 USA. 1951.
7. Юткин Л.А. Способ получения высоких и сверхвысоких давлений. А. с. 105011 (СССР). 1957. / Yutkin LA. Sposob polucheniya vysokikh i sverkhvysokikh davleniy. A. s. 105011 (SSSR). 1957. [in Russian]
8. Delius M et al. Biological effects of shock waves: Cavitation by shock waves in piglet liver. Ultrasound Med Biol 1990; 16 (5): 467–72.
9. Scales CD, Preminger GM et al. Changing gender prevalence of stone disease. J Urol 2007; 177 (3): 979–82.
10. Furia JP et al. Shock wave therapy compared with intramedullary screw fixation for nonunion of proximal fifth metatarsal metatarsal-diaphyseal fractures. J Bone Joint Surg 2010; 92 (4): 846–85.
11. Preminger GM et al. 2007 guideline for the management of ureteral calculi. Eur Urol 2007; 52 (6): 1610–31.
12. Häusler E, Kiefer W. Anregung von Stößen in Flüssigkeiten durch Hochgeschwindigkeits-Wassertropfen. Verhandlungen Dtsch Phys Gesellschaft (VI) 1971; 6: 786–9.
13. Paumgartner G, Sackmann M, Holl J, Sauerbruch T. Extracorporeal shock-wave lithotripsy of gallstones. Gallstone Disease: Pathophysiology and Therapeutic Approaches. W.Swobodnik, H.Ditschuneit, R.D.Soloway. Berlin: Springer-Verlag, 1990; p. 161–4.
14. Полянская О.Ю., Дудина Т.В., Шарабчиев Ю.Т. Использование экстракорпоральной ударно-волновой терапии в травматологии и ортопедии. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2013; 3 (3). / Polyanskaya O.Yu., Dudina T.V., Sharabchiev Yu.T. Ispol'zovanie ekstrakorporal'noi udarno-volnovoï terapii v travmatologii i ortopedii. Mezhdunarodnye obzory: klinicheskaya praktika i zdorov'e. 2013; 3 (3). [in Russian]
15. Шелль Я. Современные представления о фокусированной и радиальной терапии. Спортивная медицина. 2013; 1: 3–6. / Shell Ya. Sovremennyye predstavleniya o fokusirovannoi i radial'noi terapii. Sportivnaya meditsina. 2013; 1: 3–6. [in Russian]
16. Mariotto S et al. Extracorporeal Shock Waves: from lithotripsy to anti-inflammatory action by NO Production. Nitric Oxide 2005; 12 (2): 89–96.

17. Topper JN et al. Identification of vascular endothelial genes differentially responsive to fluid mechanical stimuli: cyclooxygenase-2, manganese superoxide dismutase, and endothelial cell nitric oxide synthase are selectively up-regulated by steady laminar shear stress. *Proceed Nat Acad Sci* 1996; 93 (19): 10417–22.
18. Ichioka S et al. Effects of shear stress on wound-healing angiogenesis in the rabbit ear chamber. *J Surg Res* 1997; 72 (1): 29–35.
19. Pan Q, Chabberly Y, Wu Y et al. Neuropilin-1 binds to VEGF and regulates endothelial cell migration and sprouting. *J Biol Chem* 2007; 282: 24049–56.
20. Wang CJ, Huang HY, Pai CH. Shock Wave Enhanced Neovascularization At Tendon-Bone Junction: An Experiment In Dogs. *J Foot Ankle Surg* 2002; 41 (1): 16–22.
21. Zuoziene G, Zakarkaite D, Aidietiene S et al. Cardiac shock wave therapy in patients with end-stage coronary artery disease. First experience in Vilnius, Lithuania XXII Nordic-Baltic Congress of Cardiology. June 3–5, 2009.
22. Wang CJ, Wang FS, Yang KD et al. Shock Wave Therapy Induces Neovascularization At The Tendon- Bone Junction. A Study In Rabbits. *J Orthop Res* 2003; 21 (6): 984–9.
23. Lusinskas FW, Lim YC, Lichtman AH. Wall shear stress: the missing step for T cell transmigration? *Nat Immunol* 2001; 2 (6): 478–80.
24. Reber P, Doan N, Bradnock B et al. Effect of Ultrasound on the Production of IL-8, basic FGF and VEGF. *Cytokine* 1999; 11 (6): 416–23.
25. Aicher A, Heeschen C, Sasaki K et al. Low-energy shock wave for enhancing recruitment of endothelial progenitor cells: a new modality to increase efficacy of cell therapy in chronic hind limb ischemia. *Circulation* 2006; 114 (25): 2823–30.
26. Nurzynska D, Di Meglio F, Castaldo C et al. Shock waves activate in vitro cultured progenitors and precursors of cardiac cell lineages from the human heart. *Ultrasound Med Biol* 2008; 34 (2): 334–42.
27. Sun CK, Chang LT, Fang HY et al. Shock wave-pretreated bone marrow cells further improve left ventricular function after myocardial infarction in rabbits. *Ann Vasc Surg* 2010; 24 (6): 809–21.
28. Nishida T et al. Extracorporeal Cardiac Shock Wave Therapy Markedly Ameliorates Ischemia-Induced Myocardial Dysfunction in Pigs in Vivo. *Circulation* 2004; 110: 3055–61.
29. Young SR, Dyson M. The Effect of Therapeutic Ultrasound On Angiogenesis. *Ultrasound Med Biol* 1990; 16 (3): 261–9.
30. Doan N, Reber P, Meghji S, Harris M. In Vitro Effects of Therapeutic Ultrasound On Cell Proliferation, Protein Synthesis, and Cytokine Production By Human Fibroblasts, Osteoblasts and Monocytes. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57 (4): 409–19.
31. Aicher A, Heeschen C, Sasaki K-i, Zeiber AM. Shock Wave Therapy Recruits Systematically Infused Endothelial Progenitor Cells – Implications For Shock Wave – Facilitated Cell Therapy in chronic ischemia. Presented at the AHA Convention. November 2005.
32. Fu M, Sun CK, Lin YC et al. Extracorporeal shock wave therapy reverses ischemia-related left ventricular dysfunction and remodeling: molecular-cellular and functional assessment. *PLoS One* 2011; 6 (9): e24342.
33. Васюк ЮА, Хадзегова АБ, Школьник ЕЛ и др. Эффективность ударно-волновой терапии в лечении хронической сердечной недостаточности ишемического генеза. *Кардиология*. 2010; 12: 22–6. / Vasyuk YuA, Khadzegova AB, Shkolnik EL et al. Effektivnost' udarno-volnovoï terapii v lechenii khronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti ishemicheskogo geneza. *Kardiologiya*. 2010; 12: 22–6. [in Russian]
34. Ito K, Fukumoto Y, Shimokawa H. Extracorporeal shock wave therapy for ischemic cardiovascular disorders. *Am J Cardiovasc Drugs* 2011; 11 (5): 295–302. DOI: 10.2165.
35. Yu W, Shen T, Liu B et al. Cardiac shock wave therapy attenuates H9c2 myoblast apoptosis by activating the AKT signal pathway. *Epub* 2014 Apr 28.
36. Holfeld J, Zimpfer D, Albrecht-Schgoer K et al. Epicardial shock-wave therapy improves ventricular function in a porcine model of ischaemic heart disease. *J Tissue Eng Regen Med* 2014 May 19. DOI: 10.1002/term.1890. [Epub ahead of print].
37. Tepeköylü C, Wang FS, Kozaryn R et al. Department of Cardiac Surgery, Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria. Shock wave treatment induces angiogenesis and mobilizes endogenous CD31/CD34-positive endothelial cells in a hind limb ischemia model: implications for angiogenesis and vasculogenesis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013; 146 (4): 971–8. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2013.01.017. Epub 2013 Feb 8.
38. Peng YZ, Guo T, Yang P, Yang HW et al. Effects of extracorporeal cardiac shock wave therapy in patients with ischemic heart failure. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi* 2012; 40 (2): 141–6.
39. Lei P, Tao SM, Shuai Q, Bao YX et al. Extracorporeal cardiac shock wave therapy ameliorates myocardial fibrosis by decreasing the amount of fibrocytes after acute myocardial infarction in pigs. *Coron Artery Dis* 2013; 24 (6): 509–15.
40. Caspari GH, Erbel R. Revascularization with Extracorporeal Shock Wave Therapy: First Clinical Results. *Circulation* 1999; 100 (Suppl. 18): 84.
41. Gutersohn A, Caspari G, Erbel R. New non-invasive therapeutic opportunities in the treatment of “refractory” angina and myocardial ischemia: 5 years of clinical experience. *ESC* 2004.
42. Leibowitz D, Weiss A et al. The efficacy of cardiac shock wave therapy in the treatment of refractory angina: A pilot prospective, randomized, double-blind trial. *Int J Cardiology* 2013; 167 (Issue 6): 3033–4.
43. Cassar A, Prasad M, Karia D et al. Safety and efficacy of extracorporeal shock wave myocardial revascularization therapy for refractory angina pectoris. *Mayo Clin Proc* 2014.
44. Peng YZ, Guo T, Yang P et al. Effects of extracorporeal cardiac shock wave therapy in patients with ischemic heart failure. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi* 2012; 40 (2): 141–6.
45. Alunni G et al. The beneficial effect of extracorporeal shockwave myocardial revascularization in patients with refractory angina. *Cardiovasc Revasc Med* 2015; 16 (1): 6–11.
46. Kaller M et al. Cardiac shock wave therapy and myocardial perfusion in severe coronary artery disease. *Clin Res Cardiol* 2015; p. 1–7.
47. Турчин ВД, Ювчик ЕВ. Ударно-волновая терапия: первый опыт лечения больных ишемической болезнью сердца. *Доктор.Ру. Кардиология. Ревматология*. 2009; 7 (51): 7–11. / Turchin V.D., Yuvchik E.V. Udarno-volnovaia terapiia: pervyi opyt lecheniia bol'nykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa. *Doktor.Ru. Kardiologiya. Revmatologiya*. 2009; 7 (51): 7–11. [in Russian]
48. Фросин СА, Рагозин ОН, Исакова ЕЮ, Хабаров АН. Экстракорпоральная сердечная ударно-волновая терапия: изучение антиаритмического эффекта у пациентов со стенокардией напряжения II–IV в сочетании с нарушениями ритма при локализованном воздействии на межжелудочковую перегородку миокарда. *Мир науки, культуры, образования*. 2012; 3: 278–80. / Frosin SA, Ragozin ON, Isakova EYu, Khabarov AN. Ekstrakorporal'naiia serdechnaia udarno-volnovaia terapiia: izuchenie antiaritmicheskogo efekta u patsientov so stenokardiei napriazheniia II–IV v sochetanii s narusheniiami ritma pri lokalizovannom vozeistvii na mezhszheludochkovuiu peregorodku miokarda. *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniia*. 2012; 3: 278–80. [in Russian]
49. Габрусенко СА, Малахов ВВ, Шитов ВН и др. Опыт применения лечебного метода кардиологической ударно-волновой терапии у больных ишемической болезнью сердца. *Кардиология*. 2013; 53 (5): 20–6. / Gabrusenko SA, Malakhov VV, Shitov VN et al. Opyt primeneniia lechebnogo metoda kardiologicheskoi udarno-volnovoï terapii u bol'nykh ishemicheskoi bolezni'u serdtsa. *Kardiologiya*. 2013; 53 (5): 20–6. [in Russian]
50. Чумакова ОВ. Ударно-волновая терапия рефрактерной стенокардии у пациентов после прямой реваскуляриза-

- ции миокарда. Вестн. эксперим. и клин. хирургии. 2011; IV (4): 796–98. / Chumakova O.V. Udarno-volnovaia terapiia refrakternoi stenokardii u patsientov posle priamoj revaskulizatsii miokarda. Vestn. eksperim. i klin. khirurgii. 2011; IV (4): 796–98. [in Russian]
51. Яргин С.В. Об ударно-волновой терапии в кардиологии: краткое сообщение. Укр. мед. часопис. 2010; 2 (76): 89–90. / Yargin S.V. Ob udarno-volnovoï terapii v kardiologii: kratkoe soobshchenie. Ukr. med. chasopis. 2010; 2 (76): 89–90. [in Russian]
52. Di Meglio F, Nurzynska D, Castaldo C et al. Cardiac shock wave therapy: assessment of safety and new insights into mechanisms of tissue regeneration. J Cell Mol Med 2012; 16 (4): 936–42.

Сведения об авторах

Мацкеплишвили Симон Теймуразович – д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, науч. конс. МНОЦ ФГБОУ ВО МГУ им. М.В.Ломоносова. E-mail: simonmats@mc.msu.ru

Борбодоева Бактыгуль Матикановна – аспирант ФГБНУ НЦССХ им. А.Н.Бакулева. E-mail: dr.bacul@mail.ru

— * —

Прогностические факторы сердечно-сосудистой смерти у больных с ишемическим инсультом в отдаленные сроки наблюдения

А.В.Фонякин[✉], Л.А.Гераскина, В.А.Шандалин

ФГБНУ Научный центр неврологии. 125367, Россия, Москва, Волоколамское ш., д. 80

В проспективное наблюдательное неинтервенционное исследование включены 148 пациентов, перенесших ишемический инсульт, в возрасте 60 (52; 68) лет, с синусовым ритмом. По окончании острого периода инсульта (21–22-е сутки) проводили холтеровское мониторирование с оценкой аритмий и вариабельности сердечного ритма (ВСР). Длительность проспективного наблюдения составила 35 (28; 40) мес. Регистрировали все случаи сердечно-сосудистой смерти (ССС), включая смерть вследствие повторного инсульта, инфаркта миокарда (ИМ), внезапной сердечной смерти (ВСС), острой сердечной недостаточности (ОСН), тромбоэмболии легочной артерии. За время наблюдения СССР была зарегистрирована у 15 (10%) пациентов: у 7 – вследствие повторного инсульта, у 2 – вследствие острого ИМ, у 3 – вследствие ОСН, у 3 – в результате ВСС. По данным многофакторного регрессионного анализа, при синусовом ритме выявлена достоверная ассоциация с развитием СССР следующих факторов: возраст старше 67 лет, мужской пол, вовлечение в зону ишемического повреждения островка, наджелудочковые экстрасистолы (более 54 экстрасистол в сутки), желудочковые аритмии, брадиаритмии, снижение мощности спектра высоких частот (ВЧ) менее 39 мс² и низких частот менее 180 мс² ВСР. По отдельности из числа указанных факторов с повышенным риском развития летальных осложнений статистически значимо ассоциировались только два параметра: вовлечение в зону инфаркта мозга островка ($p < 0,02$) и мощность спектра ВЧ < 39 мс² ($p < 0,04$).

Ключевые слова: ишемический инсульт, сердечно-сосудистая смерть, прогностические факторы, проспективное наблюдение.

[✉]Fonyakin@mail.ru

Для цитирования: Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Шандалин В.А. Прогностические факторы сердечно-сосудистой смерти у больных с ишемическим инсультом в отдаленные сроки наблюдения. Кардиосоматика. 2016; 7 (3): 97–103.

Prognostic factors of cardiovascular death in patients with ischemic stroke in the long-term follow up

A.V.Fonyakin[✉], L.A.Geraskina, V.A.Shandalin

Research Center of Neurology. 125367, Russian Federation, Moscow, Volokolamskoe sh., d. 80

In a prospective observational non-interventional study included 148 patients with ischemic stroke at the age of 60 (52; 68) years, with sinus rhythm. At the end of the acute stroke period (21–22 days) was performed Holter monitoring with the assessment of arrhythmias and heart rate variability (HRV). Duration of prospective follow-up was 35 (28; 40) months. We register all cases of cardiovascular death (CD), including death due to recurrent stroke, myocardial infarction (MI), sudden CD (SCD), acute heart failure (AHF), pulmonary embolism. During follow up CD was registered in 15 (10%) patients: in 7 patients – due to recurrent stroke, 2 patients – due to acute MI, in 3 – due to AHF, 3 patients – due to SCD. On multivariate regression analysis in sinus rhythm revealed significant association with the development of CD following factors: age over 67 years, male gender, involvement insula in the area of ischemic damage, supraventricular extrasystoles (more than 54 extrasystoles per day), ventricular arrhythmias, bradyarrhythmias, reduced power range of high-frequency (HF) less than 39 ms² and low frequency less than 180 ms² HRV. Separately from the number of these factors with increased risk of fatal complications was significantly associated only two parameters: the involvement insula in the cerebral infarct area ($p < 0,02$) and the power spectrum of the HF < 39 ms² ($p < 0,04$).

Key words: ischemic stroke, cardiovascular death, prognostic factors, prospective study.

[✉]Fonyakin@mail.ru

For citation: Fonyakin A.V., Geraskina L.A., Shandalin V.A. Prognostic factors of cardiovascular death in patients with ischemic stroke in the long-term follow up. Cardiosomatics. 2016; 7 (3): 97–103.

Инсульт в связи с высоким уровнем летальности и инвалидизации пациентов представляет собой важнейшую медико-социальную проблему. Острое нарушение мозгового кровообращения после ишемической болезни сердца (ИБС) является второй по частоте причиной смертности в мире [1]. Летальность пациентов с инсультом в первые 30 дней заболевания достигает 32–42% и в течение первого года увеличивается до 48–63% [2]. В качестве основных причин смерти в отдаленный период наблюдения выступают повторный инсульт и кардиальные осложнения [3, 4]. Более того, лидирующей причиной смертельных исходов к 3–5 годам после инсульта становится сердечная патология, включая острую сердечную недостаточность (ОСН),

внезапную сердечную смерть (ВСС) и инфаркт миокарда (ИМ) [4, 5].

Выживаемость больных после инсульта определяется множеством факторов, таких как тяжесть инсульта, величина и локализация церебрального поражения, обездвиженность пациента, выраженность каротидного атеросклероза [6]. На прогноз также могут оказывать влияние артериальная гипертензия (АГ), ИБС, хроническая СН (ХСН), фибрилляция предсердий (ФП), желудочковые аритмии (ЖА), снижение вариабельности сердечного ритма (ВСР) и т.д. [4, 7]. Несмотря на разработанные стратегии вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений (ССО), по данным современных наблюдений, после инсульта сохраняется высокий риск кардио- и

Таблица 1. Заболевания сердечно-сосудистой системы у обследованных больных

Заболевание сердечно-сосудистой системы	Число больных	
	абс.	%
АГ 1–3-й степени	129	87
Атеросклероз	124	84
ХСН I–II стадии	87	59
Хроническая ИБС	49	33
Пароксизмальная форма ФП	34	23
СД	32	22
Пороки сердца (ревматические или дегенеративные)	20	14
Пролапс митрального клапана, открытое овальное окно	18	12
Инфекционный эндокардит	4	3
Протезированные митральный или аортальный клапаны	3	2

цереброваскулярных смертельных осложнений [3, 8, 9], сопоставимый с результатами более ранних исследований [10, 11]. Для более эффективного планирования мероприятий по кардиоваскулярной профилактике после ишемического инсульта (ИИ) необходим интегративный поиск предикторов высокого риска смертельных ССО.

Цель исследования заключалась в установлении прогностических факторов сердечно-сосудистой смерти (ССС) после ИИ в отдаленные сроки наблюдения.

Материалы и методы

В проспективное наблюдательное неинтервенционное исследование включали пациентов с ИИ не позже 20 сут от его дебюта, имеющих основной синусовый ритм. Критериями невключения были постоянная форма ФП, деменция, онкологические заболевания, тяжелая соматическая патология, негативный ближайший прогноз на дожитие, отсутствие возможности поддержания дальнейшего контакта с больным или его родственниками. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр неврологии».

Всего в наблюдение были включены 148 пациентов, из них 94 (64%) мужчины и 54 (36%) женщины. Возраст больных на момент включения в исследование варьировал от 22 до 83 лет, медиана возраста составила 60 (52; 68) лет.

Клинический диагноз с определением подтипа ИИ базировался на данных анамнеза, результатах клинико-инструментального исследования с оценкой неврологического, кардиологического и соматического статуса. Всем пациентам выполнена магнитно-резонансная либо рентгеновская компьютерная томография головы («Magnetom Symphony», Siemens) с напряженностью магнитного поля 1,5 Т («Brilliance» 16P, Philips). Состояние брахиоцефальных артерий исследовали методом дуплексного сканирования («Logiq 9», GE Medical System). Всем больным выполнена трансторакальная эхокардиография («Vivid 3», GE Medical System). Степень функциональной состоятельности оценивали с помощью модифицированной шкалы Рэнкина.

В процессе стационарного лечения осуществляли базисную медикаментозную терапию, включающую антитромботические, антигипертензивные, гиполипидемические и антиаритмические средства, рекомендованные для дальнейшего приема.

Для сопоставимости полученных результатов в качестве нулевой временной точки проспективного наблюдения было принято окончание острого пе-

риода ИИ – 21–22-е сутки. В эти сроки оценивали неврологические расстройства, функциональный статус и проводили холтеровское мониторирование (ХМ) с использованием портативного носимого регистратора («Кардиотехника-04», «Инкарт», Санкт-Петербург) с непрерывной трехканальной записью электрокардиограммы в течение 24 ч. Регистрировали нарушения ритма, включая пароксизмальную форму ФП, наджелудочковую экстрасистолию (НЖЭ), а также ЖА. Среди последних учитывали частую одиночную, парную ЖА, а также пароксизмальную желудочковую тахикардию как жизнеугрожающие ЖА. Оценивали наличие брадиаритмий, включая синоатриальную, атриовентрикулярную блокады 2–3-й степени и синусовые паузы 3 с и более, а также эпизоды безболевой ишемии миокарда.

С помощью ХМ проводили временной и спектральный анализ ВСР [12]. Изучали SDNN – стандартное отклонение кардиоинтервалов (мс), а также спектральные характеристики ВСР – мощность (мс²) в диапазоне высокочастотных колебаний (высокие частоты – ВЧ 0,15–0,4 Гц), отражающих парасимпатическую активность, и низкочастотных колебаний (низкие частоты – НЧ 0,04–0,15 Гц), отражающих как симпатическую, так и парасимпатическую составляющую спектра.

На амбулаторном этапе исследования каждые 3 мес, используя вопросник для телефонного интервью, выполняли унифицированный опрос пациентов или их родственников, при этом получали информацию о состоянии больного, степени социальной и профессиональной адаптации, характере медикаментозной терапии, наличии ССО. Учитывали ССС вследствие повторного инсульта, ИМ, ВСС, ОСН, тромбоза легочной артерии.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на основе пакета программ Statistica 7.0 (StatSoft, США). Данные представлены в виде медианы с указанием 25 и 75-го перцентилей их распределения – Ме (25; 75%). В зависимости от наличия или отсутствия конкретного анализируемого фактора были рассчитаны относительный риск (ОР) ССС на основании сравнения частот бинарного признака в двух несвязанных группах, а также 95% доверительный интервал (ДИ) ОР по методу Katz (однофакторный анализ). Выделенные прогностически неблагоприятные значения переменных, для которых значения критерия статистической значимости при однофакторном анализе составили менее 0,05, включались в многофакторный регрессионный анализ, выполняемый пошаговым методом. Далее были построены кривые времени наступления неблагоприят-

Таблица 2. Причины ССС в отдаленные сроки

Причины ССС	Число умерших больных (n=15)
Повторный ИИ	7
ОСН	3
ВСС	3
Острый ИМ	2

ятного исхода (по методу Каплана–Мейера). Для определения независимых предикторов неблагоприятного исхода заболевания также использовался пошаговый регрессионный анализ в моделях пропорционального риска Кокса. Статистически значимыми различия считали при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования

На основании клинико-инструментального обследования были установлены основные нозологические формы сердечно-сосудистых заболеваний (табл. 1).

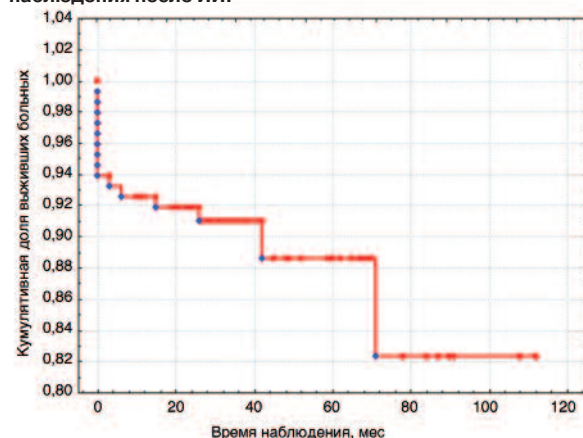
У большинства больных имелись АГ и атеросклероз. Атеросклероз диагностировался по результатам ультразвуковой визуализации аорты и ее ветвей, периферических артерий, при наличии ИБС (стабильная стенокардия напряжения II–III функционального классов и постинфарктный кардиосклероз). У 34 (23%) пациентов имелась пароксизмальная ФП. ХСН была преимущественно диастолической и соответствовала критериям I и II стадии [13]. Пороки сердца были компенсированы и не требовали хирургической коррекции.

По данным нейровизуализации у 109 (74%) больных инфаркт мозга локализовался в каротидной системе, у 39 (26%) – в вертебрально-базилярной системе. В большинстве наблюдений ишемический очаг был средним или малым: 65 (44%) и 74 (50%) пациента соответственно. У 8 (5%) больных инфаркт мозга был большим, у 1 пациента имелось обширное церебральное поражение. Вовлечение в зону инфаркта мозга островковой доли отмечено у 22 (15%) больных, в том числе правой – у 5, левой – у 17. У 26 (18%) пациентов перенесенный инсульт был повторным. Атеросклеротические стенозы брахиоцефальных артерий более 70% диагностированы у 35 (23%) больных. Атеротромботический инсульт был верифицирован у 56 (38%) пациентов, лакунарный – у 42 (28%), кардиоэмболический – у 38 (26%). У 12 (8%) больных инсульт развился вследствие других уточненных либо неуточненных причин.

К концу острого периода инсульта (21-е сутки) 132 (89%) пациента были функционально независимы либо имели небольшое снижение активности. В среднем по группе оценка по модифицированной шкале Рэнкина составила 1 [1, 2] балл; 55 (37%) больных вернулись к прежней работе или нормальной бытовой и социальной активности. Остальные пациенты в основном были независимы в бытовом отношении. Продолжили курение 44 (30%) больных.

Длительность проспективного наблюдения варьировала от 9 мес (ССС у 1 пациента) до 10 лет и составила в среднем 35 (28; 40) мес. В целом на протяжении всего периода наблюдения респонденты характеризовались удовлетворительной приверженностью лечению. Анти тромботические препараты постоянно принимали 129 (87%) больных, из них тромбоцитарные антиагреганты – 99 (67%) и пероральные антикоагулянты – 30 (20%) пациентов. Базисную антигипертензивную терапию регулярно получали 119 (80%) больных. У 70% пациентов были до-

Кумулятивная доля выживших больных в отдаленные сроки наблюдения после ИИ.



стигнуты и стабильно удерживались целевые значения артериального давления. Статины постоянно получали 72 (49%) больных.

За время наблюдения ССС была зарегистрирована у 15 (10%) пациентов: у 7 – вследствие повторного инсульта, у 2 – вследствие острого ИМ, у 3 – вследствие ОСН, у 3 – вследствие ВСС (табл. 2).

Кумулятивная доля больных с летальным исходом к 3-му году наблюдения составила 9% (см. рисунок).

При сопоставительном анализе умершие пациенты не отличались от выживших по длительности проспективного наблюдения, наличию и выраженности атеросклероза брахиоцефальных артерий, АГ, ХСН, ФП, порокам сердца, сахарному диабету (СД). Больные также были сопоставимы по функциональному статусу и тяжести неврологической симптоматики, нейровизуализационным характеристикам церебрального поражения (размер и локализация инфаркта мозга), патогенетическим подтипам ИИ. Вместе с тем были выявлены различия, которые представлены в табл. 3.

Для уточнения прогностического значения выявленных признаков было выполнено определение их количественных параметров, ассоциирующихся с летальным исходом. Далее был проведен однофакторный регрессионный анализ в моделях пропорционального риска Кокса с расчетом ОР, 95% ДИ и критерия статистической значимости. Была выявлена достоверная ассоциация с развитием ССС следующих факторов: возраст старше 67 лет, мужской пол, вовлечение в зону ишемического повреждения островка, НЖЭ (более 54 экстрасистол в сутки), ЖА, брадиаритмии, снижение мощности спектра ВЧ < 39 мс² и НЧ < 180 мс² (табл. 4).

Проведенный мультифакторный регрессионный анализ в моделях пропорционального риска Кокса позволил установить совокупность прогностических факторов, сочетание которых статистически значимо ($\chi^2 18,65$; $df 7$; $p = 0,009$) ассоциируется с высоким риском развития смертельных ССО в целом (табл. 5).

По отдельности из числа указанных факторов с повышенным риском развития летальных осложнений статистически значимо ассоциировались только два параметра: вовлечение в зону инфаркта мозга островка ($p < 0,02$) и мощность спектра ВЧ < 39 мс² ($p < 0,04$).

Обсуждение результатов

В одном из ранних отечественных исследований, посвященных анализу летальности в отдаленные

Таблица 3. Признаки, ассоциирующиеся с фатальными ССО в отдаленные сроки у больных, перенесших ИИ (по данным проспективного наблюдения)

Показатель	Пациенты с ССО (n=15)	Пациенты без ССО (n=133)	p
Период наблюдения, мес	33 (21; 63)	35 (28; 49)	>0,05
Возраст, лет	67 (58; 72)	59 (50; 67)	0,03
Пол (мужчины/женщины)	14/1	80/53	0,01
Вовлечение в ишемическое повреждение островка	5 (33%)	17 (13%)	0,03
Число НЖЭ за сутки	42 (21; 528)	15 (6; 54)	0,02
ЖА	6 (40%)	21 (16%)	0,02
Брадиаритмии	3 (20%)	4 (3%)	0,03
ВЧ, мс ²	32 (25; 121)	86 (39; 188)	0,02
НЧ, мс ²	151 (69; 441)	407 (180; 696)	<0,01

Таблица 4. ОР смертельных ССО в отдаленном постинсультном периоде (по данным однофакторного анализа)

Показатель	ОР	95% ДИ	p
Возраст старше 67 лет	2,04	1,1–3,8	0,03
Мужской пол	1,55	1,3–1,8	0,01
Вовлечение в ишемическое повреждение островка	2,6	1,2–6,0	0,03
НЖЭ>54 за сутки	1,4	1,1–3,0	0,02
ЖА	2,0	1,4–4,1	0,02
Брадиаритмии	6,7	1,7–6,2	0,03
ВЧ<39 мс ²	2,5	1,5–4,1	0,02
НЧ<180 мс ²	2,12	1,2–3,7	<0,01

сроки наблюдения после впервые возникшего инсульта, показатели кумулятивной летальности к 7 годам наблюдения достигали 76,5% [10]. К прогностическим факторам смертельных ССО в постинсультном периоде авторы отнесли АГ, стойкий двигательный дефицит, атеросклероз, кардиальную патологию, в частности – нарушения ритма сердца, СД и болезни легких. Аналогичные результаты были получены и во Фремингемском исследовании, где кумулятивный летальный исход в течение 10 лет после перенесенного инсульта достигал 65%, а через 20 лет наблюдения – 93% [14]. По данным других авторов, показатель кумулятивной летальности к концу первого года наблюдения составил от 31 до 37%, что было в 10 раз выше ожидаемого риска в общей популяции лиц того же возраста и пола без инсульта [15, 16]. Причинами летальных исходов у 16% больных названы повторные инсульты, у 35% – ССО, у 19% – осложнения, связанные с обездвиженностью, у 30% – несудистые причины.

В более позднем наблюдении 5-летний кумулятивный риск смерти после инсульта составил 63%, причем наиболее высокий риск отмечался в течение первого года – 41,1%, в последующий период ежегодно умирали еще 10–12% пациентов [8]. В итоге в структуре смертности 25% летальных исходов было обусловлено повторным инсультом, 51% – ССО и несудистыми причинами. В качестве прогностических факторов фатальных исходов отмечены пожилой возраст, продолженное курение, инсульт и ИМ в анамнезе, СД, ФП, а также низкая приверженность лечению.

По сравнению с результатами перечисленных работ в нашем исследовании летальность была на относительно низком уровне, что могло быть результатом систематического контроля выполнения рекомендаций и высокой комплаентностью базисной медикаментозной терапии. Также в исследовании не участвовали пациенты с тяжелым церебральным поражением, выраженными двигательными расстройствами и постоянной формой ФП, наличие которых сопряжено с неблагоприятным прогнозом.

В представленной работе была получена модель, состоящая из ряда немодифицируемых и модифицируемых прогностических факторов смертельных ССО после инсульта, включая возраст старше 67 лет, мужской пол, вовлечение в зону инфаркта мозга островка, более 54 НЖЭ экстрасистол в сутки, ЖА, брадиаритмии, снижение мощности спектра ВЧ<39 мс² и НЧ<180 мс².

Пожилой возраст как немодифицируемый фактор неблагоприятного прогноза кардиоваскулярных осложнений после инсульта отмечался и ранее [4, 17]. Прогностический потенциал этого признака следует рассматривать с позиций накопления возрастзависимых заболеваний, которые могут самостоятельно негативно влиять на выживаемость. Даже в случае высокой приверженности медикаментозной терапии по мере старения пациента происходят прогрессирование атеросклероза, кардиальной патологии, ремоделирование сердечно-сосудистой системы, повышение артериальной жесткости и т.д.

Пациенты мужского пола могут иметь многочисленные немодифицируемые и модифицируемые прогностические факторы, включая ФП, СД, стресс, стенокардию, курение, повышенное АД и ожирение, ассоциирующиеся по отдельности и в разных сочетаниях с более высоким риском развития фатальных ССО в постинсультном периоде по сравнению с женским полом [18, 19]. В собственном исследовании группа лиц с фатальными ССО была представлена преимущественно пациентами мужского пола, что свидетельствует о более высоком риске смертельных кардиоваскулярных осложнений после инсульта у мужчин вследствие совокупности неблагоприятных прогностических факторов.

Кардиальные аритмии можно отнести к условно модифицируемым прогностическим факторам. Показано, что увеличение числа НЖЭ может быть сопряжено с наличием бессимптомных пароксизмов ФП, повышенным риском развития ФП в будущем и как следствие – повторным ИИ, в том числе и фатальным [20]. Может ли лечение НЖЭ предотвратить раз-

Таблица 5. Прогностические факторы, ассоциирующиеся со смертельными ССО в постинсультном периоде, по данным многофакторного регрессионного анализа в моделях пропорционального риска Кокса (Chi 18,65; df 7; p=0,009)

Показатель	Beta	Стандартная ошибка	t-value	B	Wald-stat.	p
Возраст старше 67 лет	0,93874	0,621116	1,51137	2,556751	2,284243	0,130704
Мужской пол	-2,01831	1,074781	-1,87788	0,132880	3,526436	0,060407
Вовлечение в ишемическое повреждение островка	1,48877	0,633706	2,34931	4,431631	5,519235	0,018815
НЖЭ>54 за сутки	-0,52349	0,702116	-0,74560	0,592447	0,555912	0,455917
ЖА	0,74827	0,568871	1,31537	2,113347	1,730187	0,188396
Брадиаритмии	1,01746	0,786636	1,29343	2,766165	1,672971	0,195870
ВЧ<39 мс²	-1,68696	0,839655	-2,00911	0,185082	4,036520	0,044534
НЧ<180 мс ²	0,34008	0,772489	0,44023	1,405053	0,193805	0,659771

Примечание. Beta – коэффициент (его оценка) при соответствующем факторе в регрессионном уравнении; стандартная ошибка – стандартная ошибка оценки коэффициента; t-value – значение t-критерия для оценки коэффициента; B – значения ОР, связанного с изменением фактора на 1 единицу; Wald-stat. – значение критерия Вальда для оценки коэффициента; p – вероятность ошибки при отклонении нулевой гипотезы.

витие ФП неизвестно, однако, учитывая, что частые НЖЭ являются предвестником ФП, необходимо быть настороженным в отношении повышенного риска ее развития и при малейших подозрениях для выявления ФП провести ХМ. При идентификации ФП с целью профилактики тромбоэмболических осложнений необходимо начать пероральную антикоагулянтную терапию [6].

С клинической точки зрения, непосредственной причиной ВСС являются ЖА и брадиаритмии. Вероятность ВСС возрастает при наличии у пациентов ИМ, постинфарктного кардиосклероза, стенокардии, гипертрофии левого желудочка, кардиомиопатии [21, 22]. Показано, что ЖА ассоциируются с повышенным риском ССС после инсульта [23, 24]. Именно поэтому лечение ЖА должно осуществляться своевременно и адекватно. Столь же оперативно с целью уменьшения риска ССО должен быть решен вопрос о постоянной электрокардиостимуляции при выявлении синоатриальной, атриовентрикулярной блокад и синусовых пауз, сопровождающихся эпизодами асистолии 3 с и более.

Вместе с тем следует отметить, что, по результатам многофакторного регрессионного анализа в моделях пропорционального риска Кокса, пожилой возраст, мужской пол, кардиальные аритмии утрачивают самостоятельное прогностическое значение (см. табл. 5). При этом статистически значимыми предикторами повышенного риска смертельных ССО в отдаленные сроки после инсульта оказались только два показателя: поражение островковой доли ($p<0,02$) и снижение мощности высокочастотного спектра ВСР (характеризующего парасимпатическое звено автономной регуляции) менее 39 мс² ($p<0,05$).

Центральная, или островковая, доля (островок) представляет собой часть каждого из двух полушарий головного мозга, расположена в глубине латеральной борозды под прикрывающими ее участками лобной, теменной и височной долей. Значение ишемического повреждения островка как независимого прогностического фактора смертельных ССО описывалось и ранее. Известно, что островок является одним из важнейших центров вегетативной регуляции сердечно-сосудистой деятельности и играет особую роль в регуляции сердечного ритма [25, 26]. Данные разных исследований свидетельствуют о более выраженном снижении показателей ВСР и более высокой частоте ВСС у пациентов с ИИ и вовлечением в зону поражения островковой доли правого полушария [27, 28]. Кроме того, установлено, что ише-

мическое поражение левого островка также сочетается с нарушениями ВСР [29].

В свою очередь дисфункция вегетативной регуляции сердца самостоятельно сопряжена с худшим прогнозом выживаемости после инсульта [30]. В нашем исследовании в результате многофакторного анализа была установлена статистически значимая независимая ассоциация снижения показателей мощности спектра ВЧ<39 мс² по окончании острого периода инсульта с риском развития смертельных ССО в отдаленные сроки. Это согласуется с мнением о том, что изменения ВСР носят стойкий характер, могут сохраняться на протяжении нескольких лет после инсульта, не проявляться клинически или каким-либо другим способом, но при этом предшествовать гомеостатическим изменениям в организме [24]. Снижение ВСР, и особенно утрату парасимпатической «защиты» следует рассматривать как совокупный индикатор дефицита функционирования вегетативной нервной системы и, соответственно, недостаточности вегетативного обеспечения гомеостаза и ограничения возможностей жизнеобеспечения больных после инсульта.

Поддержание гомеостаза – неотъемлемое условие жизнедеятельности, которое обеспечивается многочисленными автономными приспособительными реакциями организма, включая правильную работу сердца, физиологическую ауторегуляцию мозгового и коронарного кровотока, поддержание нормальной функции эндотелия, липидного обмена, нейроэндокринных систем, баланса между свертывающей и противосвертывающей системами крови и т.д. Неслучайно высказывается мнение, что жизнь – это движение в автономных сбалансированных биологических системах, имеющих генетическую программу и поддерживающих связь с внешней средой. При этом предотвращение будущих сосудистых катастроф должно начинаться тогда, когда обнаруживаются синдромы нарушения регуляции вегетативных функций [31]. К сожалению, в настоящее время нет убедительных доказательств в пользу какого-либо средства, улучшающего деятельность вегетативной нервной системы, поэтому главным способом предупреждения смертельных ССО остается строгое соблюдение основных принципов вторичной профилактики с учетом данных доказательной медицины.

Заключение

На сегодняшний день стало очевидным, что многие факторы сердечно-сосудистого риска остаются

нераспознанными, о некоторых факторах (возможно, имеющих важнейшее значение) мы еще не знаем, соответственно, точно оценить индивидуальный сердечно-сосудистый риск у больного, в том числе перенесшего инсульт, не всегда представляется возможным. Прогностические факторы церебральных и кардиальных осложнений могут быть разными и далеко не всегда пересекающимися. В результате комплексной оценки значимости разнообразных факторов риска нами было установлено, что наиболее весомый вклад в развитие кардиоваскулярных смертельных осложнений после ИИ у больных с синусовым ритмом вносят вовлечение в зону инфаркта мозга островковой доли и снижение парасимпатической активности. В связи с этим необходимо подчеркнуть важность многопрофильной оценки больного, перенесшего ИИ, с детальным анализом состояния ВСП и последующим персонализированным ведением пациента с использованием не только антигипертензивных, антиагрегационных и гипотензивных средств, но и также при необходимости антиаритмической терапии и постоянной электрокардиостимуляции. Подобный подход позволит проводить индивидуальную оценку риска ССО в отдаленные сроки инсульта для более эффективного планирования мероприятий по вторичной профилактике, повышения комплаентности больных лечению и улучшения выживаемости в отдаленные сроки после инсульта.

Литература/References

- Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1436–42.
- Суслина ЗА. Сосудистая патология головного мозга: итоги и перспективы. *Анналы клин. и эксперим. неврологии*. 2007; 1: 10–6. / Suslina ZA Sosudistaia patologiiia golovnogo mozga: itogi i perspektivy. *Annaly klin. i eksperim. neurologii*. 2007; 1: 10–6. [in Russian]
- Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K et al. Ten-year survival after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community stroke study. *Stroke* 2003; 34: 1842–6.
- Dbamoon MS, Tai W, Boden-Albala B et al. Risk of myocardial infarction or vascular death after first ischemic stroke. *Stroke* 2007; 38: 1752–8.
- Sacco RL, Shi T, Zamanillo MC, Kargman DE. Predictors of mortality and recurrence after hospitalized cerebral infarction in an urban community: the Northern Manhattan Stroke Study. *Neurology* 1994; 44: 626–34.
- Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke and Transient Ischemic Attack. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45: 2160–236.
- Верещагин НВ, Суслина ЗА, Гераскина ЛА, Фонакин АВ. Антигипертензивная терапия при сосудистой патологии мозга: успехи, спорные и нерешенные вопросы. *Кремлевская медицина. Клин. вестн.* 2003; 2: 7–10. / Vereshchagin NV, Suslina ZA, Geraskina LA, Fonyakin AV. Antigipertenziivnaia terapiia pri sosudistoi patologii mozga: uspekhi, spornye i neresbennye voprosy. *Kremlevskaia meditsina. Klin. vestn.* 2003; 2: 7–10. [in Russian]
- Кулеш СД, Лихачев СА, Филина НА и др. Пятилетняя выживаемость после мозгового инсульта. *Анналы клин. и эксперим. неврологии*. 2012; 1: 14–9. / Kulesh SD, Likhachev SA, Filina NA et al. Piatiletlniaia vyzhivaemost' posle mozgovogo insul'ta. *Annaly klin. i eksperim. neurologii*. 2012; 1: 14–9. [in Russian]
- Pendlebury ST, Rothwell PM. Risk of recurrent stroke, other vascular events and dementia after transient ischemic attack and stroke. *Cerebrovasc Dis* 2009; 27 (Suppl. 3): 1–11.
- Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра). *Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова* 1986; LXXXVI (Вып. 4): 532–6. / Ryabova VS. Otdalennye posledstviia mozgovogo insul'ta (po materialam registra). *Zburn. neuropatol. i psikihiatr. im. SSKorsakova* 1986; LXXXVI (Vyp. 4): 532–6. [in Russian]
- Broderick JP, Phillips SJ, O'Fallon WM et al. Relationship of cardiac disease to stroke occurrence, recurrence, and mortality. *Stroke* 1992; 23: 1250–6.
- Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. (Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology). *Eur Heart J* 1996; 17: 354–81.
- Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). *Сердечная недостаточность*. 2010; 1 (57): 3–62. / Natsional'nye rekomendatsii VNOK i OSSN po diagnostike i lecheniiu KhsN (tretii peresmotr). *Serdechnaia nedostatochnost'*. 2010; 1 (57): 3–62. [in Russian]
- Sacco RL, Wolf PA, Kannel WB, McNamara PM. Survival and recurrence following stroke: the Framingham study. *Stroke* 1982; 13: 290–5.
- Dennis MS, Burn JPS, Sandercock PAG et al. Long-term survival after first-ever stroke: The Oxfordshire Community Stroke Project. *Stroke* 1993; 24: 796–800.
- Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ et al. Five-year survival after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community stroke study. *Stroke* 2000; 31: 2080–6.
- Kiyohara Y, Kubo M, Kato I et al. Ten-year prognosis of stroke and risk factors for death in a Japanese Community. The Hisayama Study. *Stroke* 2003; 34: 2343–8.
- Harmen P, Lappas G, Rosengren A, Wilhelmsen L. Long-Term Risk Factors for Stroke Twenty-Eight Years of Follow-Up of 7457 Middle-Aged Men in Göteborg, Sweden. *Stroke* 2006; 37: 1663–7.
- Zhou M, Offer A, Yang G et al. Body Mass Index, Blood Pressure, and Mortality From Stroke. A Nationally Representative Prospective Study of 212 000 Chinese Men. *Stroke* 2008; 39: 753–9.
- Kochbauser S, Decherling DG, Dittich R et al. Supraventricular premature beats and short atrial runs predict atrial fibrillation in continuously monitored patients with cryptogenic stroke. *Stroke* 2014; 45: 884–6.
- Голухова ЕЗ. Неинвазивная аритмология. М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2002. / Golukhova EZ. Neinvazivaia aritmologiya. M.: Izd-vo NTSSKh im. AN.Bakuleva RAMN, 2002. [in Russian]
- Bigger JT, Fleiss JL, Kleiger RE, Rolnitzky LM. The Multicenter Postinfarction Research Group: The relationship among ventricular arrhythmias, left ventricular dysfunction, and mortality in 2 years after myocardial infarction. *Circulation* 1984; 69: 250–6.
- Davis AM, Natelson AM. Brain-heart interaction. The neurocardiology of arrhythmia and sudden cardiac death. *Tex Heart Inst J* 1993; 20: 158–69.
- Colivicchi F, Bassi A, Santini M et al. Prognostic implications of right-sided insular damage, cardiac autonomic derangement, and arrhythmias after acute ischemic stroke. *Stroke* 2005; 36 (8): 1710–5.
- Tokgozoglu SL, Batur MK, Topcuoglu MA et al. Effects of stroke localization on cardiac autonomic balance and sudden death. *Stroke* 1999; 30 (7): 1307–11.
- Meyer S, Strittmatter M, Fischer C et al. Lateralization in autonomic dysfunction in ischemic stroke involving the insular cortex. *Neuroreport* 2004; 15 (2): 357–61.
- Cbeung RT, Hachinski V. The insula and cerebrogenic sudden death. *Arch Neurol* 2000; 57 (12): 1685–8.

28. Colivicchi F, Bassi A, Santini M et al. Cardiac autonomic derangement and arrhythmias in right-sided stroke with insular involvement. *Stroke* 2004; 35 (9): 2094–8.
29. Oppenheimer SM, Kedem G, Martin WM. Left-insular cortex lesions perturb cardiac autonomic tone in humans. *Clin Auton Res* 1996; 6 (3): 131–40.
30. Robinson TG, James M, Youde J et al. Cardiac baroreceptor sensitivity predicts long-term outcome after acute ischemic stroke. *Stroke* 2003; 34: 705–12.
31. Широков ЕА. Инсульт, инфаркт, внезапная смерть: теория сосудистых катастроф. М.: КВОРУМ, 2010. / Shirokov EA. *Insult, infarkt, vnezapnaia smert': teoriia sosudistykh katastrof*. М.: KVORUM, 2010. [in Russian]

Сведения об авторах

Фонякин Андрей Викторович – д-р мед. наук, проф., рук. лаб. кардионеврологии 2-го неврологического отделения ФГБНУ НЦН. E-mail: Fonyakin@mail.ru

Гераскина Людмила Александровна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. лаб. кардионеврологии 2-го неврологического отделения ФГБНУ НЦН

Шандалин Вадим Александрович – канд. мед. наук, науч. сотр. лаб. кардионеврологии 2-го неврологического отделения ФГБНУ НЦН

— * —

Актуальные вопросы клинической фармакологии амлодипина: предпочесть оригинальный или генерический препарат?

А.С.Духанин[✉]

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Выбор амлодипина (таблетки) как лекарственного препарата основан на трех базовых критериях: клиническая эффективность, безопасность/переносимость и качество. В статье рассматриваются последовательные этапы клинической фармакологии и фармакотерапии: от таблетки амлодипина (фармацевтический этап) до клинического ответа (терапевтический этап). Предложен алгоритм оценки взаимозаменяемости референтного и воспроизведенного препаратов, содержащих амлодипин.

Ключевые слова: амлодипин, взаимозаменяемость, референтный, воспроизведенный препарат.

[✉]das03@rambler.ru

Для цитирования: Духанин А.С. Актуальные вопросы клинической фармакологии амлодипина: предпочесть оригинальный или генерический препарат? Кардиосоматика. 2016; 7 (3–4): 104–109.

Actual questions of clinical pharmacology by amlodipine: should we prefer the original or a generic drug?

A.S.Dukhanin[✉]

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1

Selection of amlodipine (tablets) as a drug based on three basic criteria: clinical efficacy, safety / tolerability and quality is discussed below. The article deals with the successive stages of clinical pharmacology and pharmacotherapy from amlodipine tablets (pharmaceutical stage) to clinical response (therapeutic step). An algorithm for evaluating the interchangeability of reference and reproduced preparations containing Amlodipine is presented.

[✉]das03@rambler.ru

Key words: amlodipine, interchangeability, the reference, generics

[✉]das03@rambler.ru

For citation: Dukhanin A.S. Actual questions of clinical pharmacology by amlodipine: should we prefer the original or a generic drug? Cardiosomatics. 2016; 7 (3–4): 104–109.

Среди групп лекарственных препаратов (ЛП), применяемых для лечения артериальной гипертензии (АГ), широко используются антагонисты кальция (АК). Современные АК обладают высокой антигипертензивной эффективностью и органопротективным действием, имеют хорошую переносимость. Важное место среди АК занимает амлодипин, который представляет собой АК дигидропиридинового ряда III поколения по классификации T.Toyo-Oka и W.Nayler [1].

Рассмотрим последовательные этапы взаимодействия системного антигипертензивного препарата и организма пациента.

«Дорожная карта» системного антигипертензивного препарата амлодипина

При взаимодействии системного антигипертензивного препарата и организма выделяют 4 последовательных этапа – «дорожная карта» амлодипина (рис. 1).

1. Первый, фармацевтический этап включает все процессы, связанные с доставкой и высвобождением из лекарственной формы (таблетки) молекул активного вещества. Способность таблетки правильно растворяться в желудочно-кишечном тракте с высвобождением лекарственного вещества (ЛВ) определяется составом ее вспомогательных веществ и оболочки. Под словом «правильно» по-

нимается соблюдение заданной кинетики высвобождения ЛВ:

- быстрое высвобождение ЛВ (IR, immediated release) в пределах 0,5–2 ч;
- замедленное/модифицированное высвобождение ЛВ (SR, sustained release) в течение 2–6 ч;
- лекарственные формы с контролируемым высвобождением (CR/XL, controlled release/extended release) сроком до 16–20 ч.

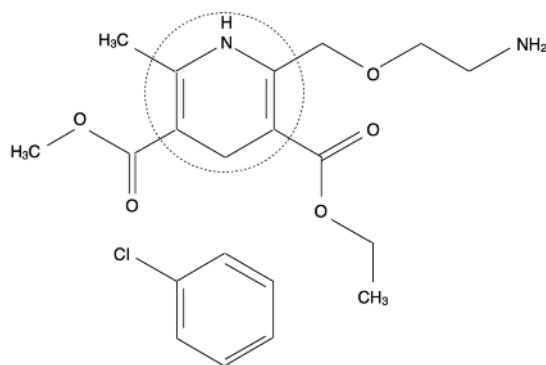
Таблетки, содержащие амлодипин (5–10 мг), не покрыты пленочной оболочкой, характеризуются быстрым и полным растворением в пределах 1 ч.

2. С появлением свободных/не связанных с лекарственной формой молекул амлодипина (рис. 2) начинается второй, фармакокинетический этап действия препарата. Он описывается процессами всасывания/адсорбции, поступления в системный кровоток, распределения, метаболизма и выведения из организма.

Амлодипин, производное дигидропиридина, характеризуют длительный период полувыведения (35–50 ч) и большая продолжительность действия, которая позволяет принимать препарат 1 раз в сутки и контролировать артериальное давление (АД) равномерно в течение суток [2]. Амлодипин отличается высокой тканевой селективностью, его эффект на гладкомышечные клетки сосудов в 80 раз превышает воздействие на кардиомиоциты. За счет этого амлодипин вызывает

Рис. 1. Последовательные этапы взаимодействия системного антигипертензивного препарата и организма пациента.

«Дорожная карта» системного антигипертензивного препарата (амлодипин)

**Рис. 2. Химическая формула амлодипина.**

Примечание. Дигидропиридиновая структура отмечена пунктирной линией.

выраженное снижение общего периферического сосудистого сопротивления и практически не влияет на сократимость миокарда, функцию синусового узла и атриовентрикулярную проводимость [3].

3. Третий, фармакологический этап. Молекулы активного вещества находят и прочно связываются с мишенью действия – медленными кальциевыми каналами (каналы L-типа), препятствуя их активности. Блокирование кальциевых каналов вызывает ингибирование трансмембранного входа ионов кальция внутрь клетки (в большей степени – в гладкомышечные клетки сосудов, чем в кардиомиоциты).

Экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют об антиатеросклеротическом эффекте амлодипина, что является важным моментом в лечении больных АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС) [4]. Антиатерогенное действие АК обусловлено их антиоксидантными и антипролиферативными свойствами, что препятствует проникновению и депонированию эфиров холестерина в сосудистой стенке. Амлодипин, как и другие АК, обладает способностью замедлять агрегацию тромбоцитов.

4. Конечный, терапевтический этап – ответ организма на фармакологическое действие системного антигипертензивного препарата амлодипина – включает клинические проявления лечебного действия (гипотензивный, антисклеротический, антиагрегантный эффекты, органопротективные свойства) и возможные побочные явления (головная боль, тошнота, периферические отеки, «приливы» крови к коже лица и др.).

Амлодипин обладает выраженным гипотензивным действием в отношении как систолического, так и

диастолического АД. Результаты проведенных клинических исследований свидетельствуют о высокой антигипертензивной эффективности этого препарата: у пожилых пациентов среднее снижение систолического АД при его применении составило 24,1 мм рт. ст., у больных изолированной систолической АГ – 25,9 мм рт. ст., у больных сахарным диабетом – 19,8 мм рт. ст., у пациентов с хронической почечной недостаточностью – 19,1 мм рт. ст. [5]. Препарат хорошо переносится пациентами, при внезапном прекращении его приема не наблюдается синдрома отмены.

В исследовании ALLHAT проводился сравнительный анализ влияния терапии тремя различными классами препаратов на частоту развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ. В исследование были включены более 30 тыс. пациентов, период лечения в среднем составил около 5 лет. По влиянию на сердечно-сосудистый прогноз амлодипин оказался сопоставимым с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента лизиноприлом, а по ряду позиций превзошел последний [6]. По данным исследования ALLHAT, амлодипин наиболее эффективно снижал риск общей смертности, частоту возникновения ИБС и ее осложнений. Кроме того, амлодипин превосходил лизиноприл по предупреждению заболеваний периферических сосудов и инсультов [6].

В многоцентровом исследовании VALUE, включавшем более 15 тыс. пациентов с АГ, проводилось сравнение эффективности терапии амлодипином и блокатором рецепторов ангиотензина валсартаном [7]. Результаты исследования не обнаружили статистических различий по частоте развития инсультов и летальности при лечении амлодипином и валсартаном. Однако риск инфаркта миокарда на 19% достоверно ниже был в группе амлодипина. Гипотензивный эффект (особенно начальный) также оказался более выраженным на фоне приема амлодипина. Полученные данные еще раз подчеркивают возможность достижения целевого уровня АД при лечении амлодипином.

В исследовании PREVENT у 825 больных с ангиографическими признаками стенозирующего атеросклероза амлодипин достоверно уменьшал толщину интимы сонных артерий [8]. В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании CAPARES на значение амлодипина больным, перенесшим коронарную ангиопластику, снижало суммарный риск неблагоприятных исходов на 35% [9]. В рамках сравнительного рандомизированного исследования CAMELOT с помощью внутрисосудистой эхографии изучено влияние амлодипина на прогрессирование коронарного атеросклероза. У больных ИБС при приеме амлодипина отмечалась достоверная тенденция к снижению прогрессирования атеросклеротического процесса [10].

Оригинальный и генерические препараты амлодипина: вопросы взаимозаменяемости

На российском фармацевтическом рынке доступны оригинальный препарат амлодипина (препарат Норваск®) и большое число генерических препаратов различных производителей. В настоящее время в Российской Федерации зарегистрированы около 40 генерических версий препарата Норваск® (производитель – компания Pfizer, Германия).

Следует отметить, что генерическая версия препарата всегда отличается по составу от оригинальной таблетки: фармацевтическая композиция генерической таблетки всегда изменена [11].

Перед тем как назначить генерический препарат, необходимо получить подтверждение его взаимозаменяемости, т.е. найти ответ на вопрос: «Какие есть свидетельства того, что генерический препарат обладает терапевтической эффективностью и безопасностью, сходными с оригинальным?» Если препараты взаимозаменяемы, то с медицинской точки зрения они равнозначны, а дальнейший выбор уже основывается на цене, личных предпочтениях врача/пациента, личном опыте назначения/применения препаратов.

Сведений о такой важной характеристике, как «взаимозаменяемость», в отечественных регламентирующих документах пока нет. Отдельно отметить, что этот вопрос уже проработан: 22 декабря 2014 г. был подписан и вступил в силу с 1 июля 2015 г. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон “Об обращении лекарственных средств” 429-ФЗ» [12]. В его части, касающейся установления порядка определения взаимозаменяемости ЛП, указано: «Информация о взаимозаменяемости ЛП подлежит включению в государственный реестр лекарственных средств с 1 января 2018 г.». В законе раскрывается понятие взаимозаменяемого ЛП, под которым «понимается ЛП с доказанной терапевтической эквивалентностью или биоэквивалентностью в отношении референтного ЛП, имеющий эквивалентные ему качественный состав и количественный состав действующих веществ, состав вспомогательных веществ, лекарственную форму и способ введения».

При этом некоторые используемые до настоящего времени в законе определения претерпели изменения [12]. Так, вместо термина «оригинальное лекарственное средство» с 1 июля 2015 г. используется термин «референтный ЛП», который определяется как ЛП, впервые зарегистрированный в РФ, качество, эффективность и безопасность которого доказаны на основании результатов доклинических и клинических исследований, и который используется для оценки биоэквивалентности или терапевтической эквивалентности, качества, эффективности и безопасности воспроизведенного или биоаналогового (биоподобного) ЛП.

Тем не менее, в тексте данной статьи пока используются привычные для нашего медицинского сообщества термины «оригинальный» и «генерический» ЛП.

Как было отмечено, в отечественном государственном реестре лекарственных средств информация о взаимозаменяемости зарегистрированных в РФ генериков появится не ранее 1 января 2018 г. Какие критерии можно использовать для того, чтобы составить представление о генерической версии препарата?

Обратимся к зарубежной практике установления взаимозаменяемости препаратов. Эксперты Управления по контролю пищевых продуктов и лекарств в США (Food and Drug Administration) признают терапевтически эквивалентными (взаимозаменяемыми) препараты только при соответствии их следующим критериям [13]:

- наличие разрешения к применению;
- фармацевтическая эквивалентность;
- биоэквивалентность;
- наличие надлежащей маркировки;
- производство в соответствии с требованиями международного стандарта GMP (Good Manufacturing Practice).

Последовательно остановимся на каждом из перечисленных критериев.

1. Разрешение к применению

На сайте государственного реестра лекарственных средств РФ (<http://grls.rosminzdrav.ru>) находим официальную информацию по каждому препарату: номер и дату регистрационного удостоверения, его владельца, инструкцию по медицинскому применению (последнюю версию, а также всю историю внесенных изменений, утвержденных Росздравнадзором). Препарат Норваск® имеет приоритетную дату регистрации (зарегистрирован в 1993 г., НД 42-8612-93), поэтому, согласно принятым изменениям в Законе «Об обращении лекарственных средств», он является референтным ЛП.

2. Фармацевтическая (химическая) эквивалентность

ЛП считаются фармацевтическими эквивалентами, если они не отличаются по составу активных ингредиентов, имеют одинаковую лекарственную форму и способ введения.

Однако фармацевтический эквивалент может отличаться от оригинала по таким характеристикам, как пространственная конфигурация, механизм выведения, по составу вспомогательных веществ, сроку хранения. Один из главных методов подтверждения фармацевтической эквивалентности – тест на растворимость [14].

Сведения о фармацевтической эквивалентности генерического препарата подаются в Росздравнадзор в составе регистрационного досье, они являются интеллектуальной собственностью производителя, открытый доступ к ним отсутствует [15].

3. Фармакокинетическая эквивалентность, или биоэквивалентность

Оценка биоэквивалентности («фармакокинетической эквивалентности») лекарственных средств – основной вид медико-биологического контроля воспроизведенных (генерических) лекарственных средств [16]. Биоэквивалентность – это эквивалентность воспроизведенного лекарственного средства оригинальному лекарственному средству по фармакокинетическим параметрам, т.е. биоэквивалентными признаются два препарата, если в равных экспериментальных условиях они обладают одинаковой степенью и скоростью всасывания, распределения и выведения из организма. Исследования биоэквивалентности проводят на 18–24 здоровых добровольцах с помощью рандомизированного перекрестного метода.

В то же время исследование биоэквивалентности лишь предполагает, что фармакокинетически эквивалентные оригиналу воспроизведенные препараты обеспечивают одинаковую эффективность и безопасность фармакотерапии.

Результаты изучения биоэквивалентности генериков, как и данные по фармацевтической эквивалентности, отсутствуют в открытых источниках информации.

4. Производство в соответствии с требованиями стандарта GMP

Из инструкции по медицинскому применению препарата невозможно определить, произведен препарат по стандартам GMP или его производство регламентировано только отраслевым/национальным стандартом (в РФ – ОСТ, ГОСТ). К сожалению, все это затрудняет составление аналитической справки о качестве входящих в состав препарата вспомогательных веществ и технологическом процессе производства (сделать вывод о качестве препарата).

В условиях закрытой информации о препарате важным критерием оценки его качества, состава и производства является указание на страну-производителя. В странах Европейского союза, Северной Америки производство лекарственной продукции соответствует стандартам GMP.

Какие условия необходимо соблюсти, чтобы получить качественный генерический препарат: вопросы качества

Не каждый ЛП можно качественно воспроизвести, и не каждый генерик является качественно воспроизведенным препаратом.

ЛП состоит из 2 важных составляющих:

- фармацевтическая субстанция (действующее/активное вещество), определяющая лечебное действие препарата;
- вспомогательные вещества, отвечающие за стабильность препарата в процессе хранения и способствующие доставке активного ЛВ к месту его непосредственного действия.

Выбор вспомогательного компонента определяется технологическим уровнем производства, химической природой активного вещества (должна быть исключена несовместимость активного компонента и вспомогательных ингредиентов). В конечном итоге это определяет качество ЛП и его себестоимость. Применение несертифицированных вспомогательных веществ значительно снижает затраты на производство препарата, но создает предпосылки для его непрогнозируемой фармакокинетики и, следовательно, эффективности и безопасности.

Сертификатом качества вспомогательных веществ является их соответствие Европейской фармакопее, Британской фармакопее или фармакопее США. Указание на эту важную информацию можно найти в инструкции по медицинскому применению препарата (европейская практика), либо, чаще всего, в нормативном документе на препарат [17]. После химического названия вещества можно встретить сокращение Eu.P. или USP (Европейская или Американская фармакопея соответственно). Нормативная документация является интеллектуальной собственностью производителя и предоставляется по запросу только на основании доброй воли производителя.

Итак, в отечественном государственном реестре лекарственных средств официальная информация о взаимозаменяемости генерических препаратов пока отсутствует. Т.е. нет прямых гарантий, что генерик будет таким же эффективным и безопасным, как оригинальный препарат. Регистрация генерика не свидетельствует напрямую о его взаимозаменяемости, т.е. его терапевтической эквивалентности.

Доказательная база клинических исследований препаратов, содержащих амлодипин

Источником информации о терапевтической эффективности препарата является доказательная база его клинических исследований. Норваск® является одним из самых изученных представителей класса АК. Практически все данные по безопасности и эффективности амлодипина касаются его безилатной соли. За период с 1980 по 2010 г. проведено 800 клинических испытаний амлодипина безилата, в которых участвовали более 600 тыс. пациентов.

К числу наиболее значимых исследований, в которых участвовал амлодипина безилат, следует отнести ALLHAT, VALUE, PREVENT, CAPARES, CAMELOT. Все они выполнены на оригинальном препарате амлодипина.

Проанализированы доступные в рецензируемых журналах сравнительные рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) оригинального амлодипина и его генериков в российской кардиологической практике [18]. Всего было опубликовано 3 таких исследования, а большинство используемых препаратов амлодипина в клинических исследованиях оценивались не на предмет соответствия оригинальному препарату. Все 3 исследования не выявили статистически значимых различий по основным количественным показателям, отражающим клинический эффект (в первую очередь изменение уровней АД) между оригинальным препаратом и генериком, однако продемонстрировали ту или иную степень несоответствия по качественным показателям, отражающим как эффективность, так и безопасность изучаемых ЛП. Критерии такого анализа были разработаны ранее [19] и использовались для сравнения оригинальных препаратов и генериков с самыми различными механизмами действия. Другим возможным методом оценки оригинального препарата и генерика является использование регистра. Как известно, регистры достаточно широко применяются для выявления побочных действий ЛП, нередко выявляя те из них, которые не были зарегистрированы в РКИ [20]. Вопросы эффективности и безопасности, а также приверженность терапии препаратами амлодипина были оценены в регистре ПРОФИЛЬ [18]. Выявлено различие в используемых дозах оригинального амлодипина и его генериков. Это позволило исследователям предположить, что для достижения определенного антигипертензивного эффекта требуется большая доза генерика, чем для оригинального препарата. Ранее этот факт был подтвержден в контролируемом исследовании при сравнении оригинального эналаприла и одного из его генериков [21]. Нельзя не отметить различия в переносимости оригинального препарата и генериков амлодипина в регистре ПРОФИЛЬ. Кроме того, применение большей дозы амлодипина при использовании генерика могло способствовать развитию нежелательных явлений [22]. Использование регистров большого масштаба позволит точнее оценить выявленные различия.

Имеются данные о том, что амлодипин способен вступать в химическую реакцию с лактозой, в результате которой образуется продукт дегградации в виде гликозида амлодипина безилата. Это соответствует реакции Майяра (англ. Maillard reaction) между первичными аминами и углеводом (в нашем случае – химическая реакция между аминогруппой дигидропиридиновой структуры амлодипина и лактозой), поэтому исследователями было рекомендовано избегать использования лактозы в препаратах амлодипина с точки зрения безопасности, качества и эффективности [23, 24]. К тому же отсутствие у некоторых неоригинальных таблеток амлодипина пленочной оболочки повышает риск нежелательного взаимодействия амлодипина и лактозы вследствие воздействия влаги воздуха [25]. Таким образом, важно помнить, что на качество ЛП может влиять не только качество фармацевтической субстанции (действующее/активное вещество), но также состав вспомогательных ингредиентов и наличие оболочки.

Вернемся к вопросу, вынесенному в название статьи. В связи с отсутствием в отечественных и международных базах данных сведений о взаимозаменяемости оригинального и генерических форм амлодипина, при выборе следует отдавать предпочтение оригинальному препарату Норваск® (амлодипин 5/10 мг).

Литература/References

1. Toyko-Oka T, Nayler WG. Third generation calcium entry blockers. Blood Press 1996; 5: 206–08.
2. Leenen FH et al. Persistence of antihypertensive effect after missed doses of calcium antagonist with long (amlodipine) vs short (diltiazem) elimination half-life. *British J Clin Pharmacol* 1996; 41 (2): 83–8.
3. Clavijo GA, de Clavijo IV, Weart CW. Amlodipine: a new calcium antagonist. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51: 59–68.
4. Подзолков В.И., Тарзиманова А.И. Амлодипин в лечении артериальной гипертензии: всегда ли генерик эквивалентен оригинальному препарату? *РМЖ. Кардиология*. 2010; 18 (9): 556–9. / Podzolkov VI, Tarzimanova AI. Amlodipin v lechenii arterial'noi gipertenzii: vseгда li generik ekvivalenten original'nomu preparatu? *RMZh. Kardiologiya*. 2010; 18 (9): 556–9. [in Russian]
5. Levine CB, Fabrbach KR, Frame D et al. Effect of amlodipine on systolic blood pressure. *Clin Therapeutics* 2003; 25: 35–57.
6. Leenen FH, Nwachuku CE, Black HR et al. Clinical events in high-risk hypertensive patients randomly assigned to calcium channel blocker versus angiotensin-converting enzyme inhibitor in the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial. *Hypertension* 2006; 48: 374–84.
7. Julius S, Kjeldsen SE, Weber M et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomized trial. *Lancet* 2004; 363 (9426): 2022–3.
8. Hernandez RH, Armas-Hernandez MJ, Velasco M. Calcium antagonists and atherosclerosis protection in hypertension. *Am J Ther* 2003; 10 (6): 409–14.
9. Jorgensen B, Thaulow E. Effects of amlodipine on ischemia after percutaneous transluminal coronary angioplasty: secondary results of the Coronary Angioplasty Amlodipine Restenosis (CAPARES) Study. *Am Heart J* 2003; 145 (6): 1030–5.
10. Nissen SE, Tuzcu EM, Libby P et al. CAMELOT Investigators. Effect of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary disease and normal blood pressure: the CAMELOT study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 2217–2225.
11. Духанин А.С. Выбор системного противогрибкового препарата для лечения вагинального кандидоза: оригинальный или генерический препарат флуконазола? *Медицинский совет*. 2015; 9: 18–24. / Dukhanin AS. Vybór sistemnogo protivogribovogo preparata dlia lecheniia vaginal'nogo kandidoza: original'nyi ili genericheskie preparaty flukonazola? *Meditsinskii sovet*. 2015; 9: 18–24. [in Russian]
12. Федеральный закон Российской Федерации от 22 декабря 2014 г. N 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств»». <http://rg.ru/2014/12/26/lekarstva-dok.html> / Federal'nyi zakon Rossiiskoi Federatsii ot 22 dekabria 2014 g. N 429-FZ «O vnesenii izmenenii v Federal'nyi zakon "Ob obraschchenii lekarstvennykh sredstv"». <http://rg.ru/2014/12/26/lekarstva-dok.html> [in Russian]
13. US Food and Drug Administration Home Page. Available at: <http://www.fda.gov>. Accessed April 10, 2016.
14. Dissolution Testing of Immediate Release Solid Oral Dosage Forms: Guidance for Industry, U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research. 1997.
15. Духанин А.С. Оригинальные и генерические антигистаминные препараты: вопросы выбора. *Рос. аллергологический журн.* 2015; 3: 26–35. / Dukhanin AS. Original'nye i genericheskie antihistaminnye preparaty: voprosy vybora. *Ros. allergologicheskii zhurn.* 2015; 3: 26–35. [in Russian]
16. Проведение качественных исследований биоэквивалентности лекарственных средств. Методические указания Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10.08.2004. *Клин. фармакокинетика*. 2005; 1: 2–14. / Provedenie kachestvennykh issledovanií bioekvivalentnosti lekarstvennykh sredstv. Metodicheskie ukazaniia Ministerstva zdravookhraneniia i sotsial'nogo razvitiia RF ot 10.08.2004. *Klin. farmakokinetika*. 2005; 1: 2–14. [in Russian]
17. Духанин А.С. Вопросы взаимозаменяемости комбинированного топического препарата бетаметазона: предпочесть референтный или воспроизведенный препарат? *Consilium Medicum. Дерматология (Прил.)*. 2015; 3: 41–45. / Dukhanin AS. Voprosy vzaimozameniaemosti kombinirovannogo topicheskogo preparata betametazona: predpochest' referentnyi ili vosproizvedennyi preparat? *Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.)*. 2015; 3: 41–45. [in Russian]
18. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Гайсенек О.В., Трипкош С.Г. Оригинальные препараты и дженерики: анализ эффективности и безопасности с помощью контролируемых исследований и с использованием регистра на примере амлодипина. *Кардиология*. 2013; 5: 83–6. / Martsevich SJu., Kutishenko NP., Gaisenenok OV., Tripkosh SG. Original'nye preparaty i dzheneriki: analiz effektivnosti i bezopasnosti s pomoshch'iu kontroliruemyykh issledovanií i s ispol'zovaniem registra na primere amlodipina. *Kardiologiya*. 2013; 5: 83–6. [in Russian]
19. Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Кобалава Ж.Д., Шаварова Е.К. Значение показателей терапевтической эквивалентности при замене оригинального препарата на воспроизведенный на примере фозиноприла. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2011; 4: 431–6. / Kutishenko NP., Martsevich SJu., Kobalava ZhD., Shavarova EK. Znachenie pokazatelei terapevтической ekvivalentnosti pri zamenе original'nogo preparata na vosproizvedennyi na primere fozino-prila. *Ratsion. farmakoter. v kardiol.* 2011; 4: 431–6. [in Russian]
20. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Guideline on Safety and Efficacy Follow-up – Risk Management of Advanced Therapy Medicinal Products, Doc. Ref. EMEA/149995/ 2008. European Medicines Agency 2008.
21. Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Шальнова С.Ю. и др. Изучение клинической эквивалентности двух препаратов эналаприла у больных артериальной гипертензией. *Рос. кардиол. журн.* 2003; 5: 68–71. / Kutishenko NP., Martsevich SJu., Sha'lnova SJu. i dr. Izuchenie klinicheskoi ekvivalentnosti dvukh preparatov enalapрила u bol'nykh arterial'noi gipertoniei. *Ros. kardiol. zhurn.* 2003; 5: 68–71. [in Russian]
22. Кутишенко Н.П., Якусевич В.В., Деев А.Д., Марцевич С.Ю. Оценка терапевтической эквивалентности оригинального индапамиды и индапамиды-дженерики у больных артериальной гипертензией с помощью рандомизированного перекрестного исследования. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2007; 2: 26–30. / Kutishenko NP., Yakusevich VV., Deev AD., Martsevich SJu. Otsenka terapevтической ekvivalentnosti original'nogo indapamida i indapamida-dzhenerika u bol'nykh arterial'noi gipertoniei s pomoshch'iu randomizirovannogo perekrestnogo issledovaniia. *Ratsion. farmakoter. v kardiol.* 2007; 2: 26–30. [in Russian]
23. Abdoh A et al. Amlodipine Besylate – Excipients Interaction in Solid Dosage Form. *Pharmaceutical development and technology* 2004; 9 (1): 15–24.
24. Aryal S, Skalko-Basnet N. Stability of amlodipine besylate and atenolol multi-component tablets of mono-layer and bi-layer types. *Acta Pharm* 2008; 58: 299–308.
25. Гуреева С.Н. Фармако-технологические и биофармацевтические аспекты нанесения покрытий на твердые лекарственные формы. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. 2013; 22 (11). / Gureeva SN. Farmako-tehnologicheskie i biofarmatsevticheskie aspekty naneseniia pokrytii na tverdye lekarstvennye formy. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Meditsina. Farmatsiya*. 2013; 22 (11). [in Russian]

Сведения об авторе

Духанин Александр Сергеевич – д-р мед. наук, проф. каф. молекулярной фармакологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова. E-mail: das03@rambler.ru

Острый коронарный синдром: патогенез, диагностика, лечение, реабилитация (лекция 3)

Н.Б.Перепеч✉

Научно-клинический и образовательный центр «Кардиология» Института высоких медицинских технологий ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет. 19034, Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9

В лекции рассматриваются методы обеспечения гемодинамической и нейрогуморальной разгрузки сердца, современные рекомендации по профилактике обострений ишемической болезни сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда или эпизод нестабильной стенокардии. Конкретизируются организационные, диагностические и лечебные задачи, которые необходимо решить на этапе стационарного лечения пациента с острым коронарным синдромом. Обосновывается принцип модульного построения индивидуальных программ реабилитации, обсуждаются методические приемы получения и анализа информации, необходимой для индивидуализации реабилитационных программ, а также методы физической, психической реабилитации и оценки трудоспособности больных, перенесших инфаркт миокарда.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, статины, профилактика, реабилитация, трудоспособность.

✉nikita_perepech@mail.ru

Для цитирования: Перепеч Н.Б. Острый коронарный синдром: патогенез, диагностика, лечение, реабилитация (лекция 3). КардиоСоматика. 2016; 7 (3–4): 111–121.

Acute coronary syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, rehabilitation (Lecture 3)

N.B.Perepech✉

Saint Petersburg State University. 19034, Russian Federation, Saint Petersburg, Universitetskaya nab., d. 7/9

The lecture discusses methods of ensuring hemodynamic and neurohormonal unloading of the heart, current recommendations for the prevention of exacerbations of coronary heart disease in patients with myocardial infarction or unstable angina episode. Narrow organizational, diagnostic and therapeutic tasks that need to be addressed at the stage of hospital treatment of patients with acute coronary syndrome. Substantiates the principle of modular construction of individual rehabilitation programs, discussed methodological procedures of obtaining and analyzing the information necessary for the individualization of rehabilitation programs, as well as methods of physical, mental rehabilitation and disability assessment of patients after myocardial infarction.

Key words: acute coronary syndrome, angiotensin converting enzyme inhibitors, β -blockers, statins, prevention, rehabilitation, ability to work.

✉nikita_perepech@mail.ru

For citation: Perepech N.B. Acute coronary syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, rehabilitation (lecture 2). Cardiosomatics. 2016; 7 (3–4): 111–121.

Гемодинамическая разгрузка сердца

Цель данного направления лечения – оптимизировать гемодинамические условия работы сердца как насоса и тем самым уменьшить потребность ишемизированного миокарда в кислороде. Уменьшение пред- и постнагрузки достигается применением периферических вазодилататоров.

Метаанализ результатов контролируемых исследований клинической эффективности нитратов, выполненных до середины 1980-х годов, показал, что внутривенное введение нитроглицерина в первые часы инфаркта миокарда (ИМ) позволяет снизить риск смерти на 1/3. Более поздние исследования, выполненные после внедрения в клиническую практику тромболитической терапии (ISIS-4 и GISSI-3), уже не выявили достоверного влияния нитратов на летальность в течение 4–5 нед после развития ИМ. В ургентной терапии острого коронарного синдрома (ОКС) нитроглицерин является препаратом выбора для коррекции повышенного артериального давления (АД) и лечения сердечной недостаточности. При отсутствии противопоказаний органические нитраты (сублингвально, внутрь или внутривенно) применяются для лечения большинства больных с ОКС без подъема и с подъемом сегмента ST.

Снижение постнагрузки, т.е. улучшение условий изгнания крови левым желудочком (ЛЖ), может быть достигнуто применением антагонистов кальция дигидропиридинового ряда. Однако, по данным ряда исследований, применение нифедипина короткого действия в терапии ОКС сопряжено с увеличением вероятности смерти больных. Это объясняется дополнительной активацией симпатико-адреналовой системы в ответ на периферическую артериодилатацию, что приводит к возрастанию частоты сердечных сокращений (ЧСС) и увеличению потребности миокарда в кислороде, а тем самым нивелирует эффект снижения постнагрузки. В связи с этим нестабильная стенокардия (НС) и острый период ИМ считают противопоказанием к применению антагонистов кальция, вызывающих увеличение ЧСС. Недигидропиридиновые антагонисты кальция, по данным метаанализов, выполненных к настоящему времени исследований, не снижают риска развития ИМ и смерти у больных НС и не оказывают значимого влияния на прогноз больных ИМ с зубцом Q. Вместе с тем в исследованиях DAVIT-II и MDPIT было показано, что верапамил и дилтиазем предупреждают рецидивы ИМ и стенокардии у больных, перенесших ИМ

без зубца Q, при отсутствии сердечной недостаточности, хотя их влияние на летальность незначительно. Недигидропиридиновые препараты рекомендуются главным образом для лечения больных, которым противопоказаны β -адреноблокаторы (β -АБ), а также больных с вариантной стенокардией. Основными противопоказаниями к их применению при ОКС являются выраженная систолическая дисфункция ЛЖ и нарушение атриовентрикулярной проводимости.

Для купирования ангинозной боли нитроглицерин применяется сублингвально (в виде таблеток, капсул или аэрозоля) по 0,5 мг до 3 раз с интервалом 5–10 мин. При сохранении болевого синдрома, наличии застоя в легких, артериальной гипертензии препараты нитроглицерина (Перлинганит, Нирмин и др.) или изосорбида динитрата (Изокет, Изидинит) вводят внутривенно.

Рекомендуемая начальная скорость внутривенной инфузии нитроглицерина – 5–10 мкг/кг. Каждые 5–10 мин скорость увеличивают на 5–10 мкг/кг под контролем АД. Изосорбида динитрат начинают вводить со скоростью 25 мкг/кг и так же, как при введении нитроглицерина, скорость увеличивают на 5–10 мкг/кг каждые 5–10 мин. При подборе дозы (скорости введения) нитропрепаратов систолическое АД (САД) не рекомендуется снижать более чем на 15% от исходного уровня. В случае исходной артериальной гипертензии возможно снижение САД на 25–30%. Минимальный уровень САД, при достижении которого инфузия должна быть остановлена, составляет 90 мм рт. ст. Несоблюдение этого требования сопряжено с опасностью усиления коронарной недостаточности и ухудшения кровоснабжения головного мозга.

При неосложненном течении ИМ и отсутствии болевого синдрома внутривенная инфузия нитроглицерина или изосорбида динитрата ограничивается первыми 6–12 ч от момента появления клинических симптомов ОКС. В остальных случаях инфузия органических нитратов может продолжаться до 48 ч от начала заболевания. При более продолжительной инфузии значительно возрастает риск развития толерантности к нитратам. После завершения инфузионной терапии у больных с повторяющимися ангинозными приступами или сохраняющимися ЭКГ-признаками ишемии миокарда лечение нитратами может быть продолжено. Для терапии *per os* с целью предупреждения стенокардии применяются препараты изосорбида динитрата и изосорбида-5-мононитрата. Препараты целесообразно назначать по асимметричной схеме (т.е. не через равные промежутки времени, с обеспечением продолжительного ночного безнитратного интервала), что позволяет предотвратить развитие толерантности к нитратам. Однако наилучшим способом лечения больных, у которых спустя несколько суток от развития ИМ сохраняются ангинозные боли, является реваскуляризация миокарда путем чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) или коронарное шунтирование.

Нейрогуморальная разгрузка сердца

Своевременное торможение активации симпатико-адреналовой и ренин-ангиотензиновой систем, ослабление повреждающего воздействия нейрогормонов на сердце и сосуды – одна из важнейших задач лечения больных с ОКС, успешное решение которых позволяет значительно улучшить прогноз. В терапии ИС

и ИМ применяются 4 группы нейрогуморальных модуляторов: β -АБ, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) и антагонисты альдостерона.

Основными эффектами β -АБ, благодаря которым они применяются в терапии ОКС, являются: уменьшение потребности миокарда в кислороде за счет снижения ЧСС, АД и отрицательного инотропного действия; ослабление кардиотоксического действия катехоламинов; улучшение перфузии субэндокардиальных отделов миокарда за счет удлинения диастолы; антиаритмическое (в том числе антифибрилляторное) действие.

Теоретической предпосылкой к применению ИАПФ (а при их непереносимости – БРА) и антагонистов альдостерона в лечении больных ИМ является важная роль активации ренин-ангиотензиновой системы в процессе постинфарктного ремоделирования сердца. С учетом того, что ремоделирование сердца начинается с первых суток заболевания и продолжается в течение многих месяцев, считается обоснованным раннее назначение и продолжительное применение ИАПФ/БРА в составе комплексной терапии ИМ.

Раннее внутривенное введение β -АБ больным с развивающимся ИМ позволяет значительно улучшить прогноз за счет снижения риска смерти, рецидива ИМ и жизнеугрожающих аритмий. Продолжительное применение β -АБ в составе комплексной терапии ишемической болезни сердца (ИБС) у больных, перенесших ИМ, сопровождается существенным снижением смертности, в том числе и на фоне терапии с доказанным положительным влиянием на прогноз (фибринолитики, ацетилсалициловая кислота – АСК, ИАПФ).

Однако следует отметить, что благоприятное влияние на течение ИБС в постинфарктном периоде показано только для липофильных препаратов этого класса. Кроме того, по данным недавно опубликованного регистра REACH длительное лечение больных, перенесших ИМ, β -АБ в амбулаторных условиях сопровождается снижением риска смерти от сердечно-сосудистых причин не на 23–25%, как считалось ранее, а всего лишь на 10%, и это различие с пациентами, не получавшими β -АБ, статистически незначимо (рис. 1).

Тем не менее в современных руководствах β -АБ рекомендуется применять у всех больных с ОКС при отсутствии противопоказаний. Оптимальным временем начала терапии считают первые 12 ч от момента появления клинической симптоматики. У больных с высоким риском развития неблагоприятных событий предпочтителен внутривенный путь введения β -АБ с последующим переходом на прием внутрь в течение неопределенно долгого времени. Предпочтительны кардиоселективные препараты без внутренней симпатикомиметической активности.

Метопролол вводят болюсом в дозе 5 мг за 5 мин трижды. Интервал между инъекциями составляет 5 мин. Эсмолол (препарат, обладающий коротким периодом полувыведения) рекомендуется сначала ввести в дозе 0,5 мг/кг за 1 мин, затем вводить со скоростью 0,05–0,1 мг/кг в минуту с последующим увеличением дозы на 0,05 мг/кг в минуту каждые 10 мин до достижения эффекта или дозы 0,3 мг/кг в минуту. Во время инфузии необходимо обеспечить контроль АД и мониторинг ЭКГ. Предельно допустимое снижение ЧСС во время парентерального введения β -АБ составляет 44–46 в минуту.

При отсутствии критериев высокого риска и/или наличии относительных противопоказаний внутривенное введение β -АБ не выполняется – препараты сразу назначаются внутрь с повышающей титрацией в течение нескольких суток. В первые часы после появления клинической симптоматики ОКС, а также при наличии относительных противопоказаний к применению β -АБ следует назначать препараты короткого действия.

Дозы β -АБ для приема внутрь, рекомендованные в американском и европейском руководствах по лечению ОКС, для российских больных подчас оказываются избыточными. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что снижение ЧСС до 55–60 в минуту является не побочным эффектом, а целью терапии β -АБ и таким образом не требует уменьшения дозы. Однако достижение целевой ЧСС не должно сопровождаться снижением САД до значений менее 100 мм рт. ст. Лечение метопролола тартратом (препаратом короткого действия) рекомендуют начинать с 12,5–25 мг 2 раза в день с последующим переходом на прием метопролола сукцината и постепенным повышением дозы до 200 мг в день или бисопролола, начальная доза которого составляет 2,5–5 мг в день, а терапевтическая – 10 мг в день. Начальная доза карведилола составляет 3,125–6,25 мг 2 раза в день, при хорошей переносимости дозу постепенно увеличивают до 25 мг 2 раза в день.

Абсолютными противопоказаниями к применению β -АБ являются:

- кардиогенный шок;
 - бронхиальная астма или тяжелая обструктивная болезнь легких в стадии обострения;
 - атриовентрикулярная блокада 2–3-й степени.
- Относительные противопоказания:
- САД < 100 мм рт. ст.;
 - ЧСС < 60 в минуту;
 - атриовентрикулярная блокада 1-й степени (интервал PQ > 0,24 с);
 - обструктивная болезнь легких;
 - выраженный атеросклероз или облитерирующий эндартериит артерий нижних конечностей.

Важнейшим эффектом ИАПФ у больных ИМ является торможение ремоделирования сердца. Влияние препаратов этого класса на летальность больных ИМ изучалось в многочисленных контролируемых исследованиях. Наиболее выраженное снижение смертности было обнаружено при продолжительном применении ИАПФ в лечении больных, у которых после развития ИМ отмечались симптомы застойной сердечной недостаточности или снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ до значений менее 35–40%, а также у пациентов с сахарным диабетом. Однако и при неосложненном течении заболевания польза ИАПФ не вызывает сомнений. При отсутствии противопоказаний лечение ИАПФ продолжают неопределенно долго.

В исследованиях, упомянутых выше, ИАПФ назначались не ранее 3-х суток заболевания. Позитивное влияние препаратов этого класса на выживаемость больных ИМ отмечалось и при кратковременном наблюдении (4–6 нед) в исследованиях, предусматривавших применение ИАПФ с первых суток заболевания. В то же время нельзя не отметить, что исследование CONSENSUS-II, по условиям которого терапия эналаприлом начиналась в первые сутки ИМ с внутривенного введения препарата, было прервано досрочно, так как в основной группе летальность оказалась больше, чем в контрольной. Полагают, что

основной причиной этого явилось усугубление ИАПФ исходной гемодинамической нестабильности.

Безусловными показаниями к применению ИАПФ являются застойная сердечная недостаточность и/или снижение ФВ ЛЖ. При переносимости ИАПФ, а также при ИМ, осложненном систолической дисфункцией ЛЖ, возможно применение БРА (в частности, валсартана, эффективность которого была продемонстрирована в исследовании VALIANT).

Начинать терапию блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы рекомендуют с первых суток заболевания при отсутствии артериальной гипотензии. Лечение начинают с малых доз препаратов, постепенно увеличивая их до терапевтических. Для эналаприла и лизиноприла начальная доза составляет 5 мг/сут, рамиприла и периндоприла – 2,5 мг/сут, зофеноприла – 7,5 мг/сут, валсартана – 20 мг/сут.

Больным с низкой ФВ ЛЖ и клиническими признаками сердечной недостаточности при отсутствии повышения содержания креатинина в крови в дополнение к АСК, β -АБ и ИАПФ или БРА с целью улучшения прогноза рекомендуется длительный прием блокаторов рецепторов альдостерона, в частности эплеренона. В исследовании EPHESUS было показано, что применение эплеренона в дозе 25–50 мг/сут у больных ИМ с ФВ < 40% и значениями креатинина менее 220 мкмоль/л для мужчин и менее 177 мкмоль/л для женщин обеспечивает снижение риска смерти и госпитализации по причинам сердечно-сосудистого характера в течение 3 лет наблюдения на 13% (рис. 2). На фоне терапии эплереноном по сравнению с контрольной группой больных снижение смертности от любых причин составило 15% и снижение риска внезапной смерти – 21%.

Профилактика обострений ИБС

Основой вторичной профилактики ИБС после завершения периода ее обострения является воздействие на модифицируемые факторы риска. Больные должны прекратить курение, соблюдать диету, направленную на нормализацию массы тела, предотвращение или уменьшение выраженности нарушений обмена жиров и углеводов, заниматься лечебной гимнастикой по индивидуальной программе (для большинства больных – аэробная физическая активность умеренной интенсивности в течение 30 мин 5 раз в неделю). Индекс массы тела должен составлять 18,5–24,9 кг/м², АД с помощью медикаментозных средств следует поддерживать на уровне менее 140/90 мм рт. ст., содержание в крови общего холестерина (ХС) и ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) необходимо снизить до значений менее 4,5 и 1,8 ммоль/л соответственно, величина гликированного гемоглобина не должна превышать 6,5%.

Медикаментозная профилактика обострений ИБС включает четыре класса препаратов (антиагреганты, β -АБ, ИАПФ, статины), терапия которыми при отсутствии противопоказаний должна начинаться на этапе стационарного лечения и затем продолжаться неопределенно долго.

Оптимальные сроки начала терапии антиагрегантами, β -АБ и ИАПФ обсуждались выше и в предыдущей лекции. А когда следует начинать терапию статинами?

Целесообразность раннего назначения статинов больным ИМ была подтверждена данными шведского регистра RIKS-HIA, содержащего информацию о 19 599 пациентах, госпитализированных с диагно-

зом «острый ИМ» в больницы Швеции за период 1995–1998 гг. и результатами наблюдения за 300 823 пациентами, включенными в Национальный регистр США в 2000–2002 гг. (National Registry of Myocardial Infarction 4). По данным шведского регистра в группе больных, которых начинали лечить статинами в первые 2 нед от момента развития ИМ, смертность в течение 1 года была достоверно меньше, чем в группе пациентов, не получавших статины.

Первым крупным рандомизированным исследованием эффективности раннего назначения статинов больным с ОКС стало MIRACLE. В него были включены 3086 пациентов в первые 24–96 ч после появления симптомов ОКС (НС или ИМ без зубца Q). Все участники исследования получили рекомендации по диете и были рандомизированы в группы плацебо и аторвастатина в дозе 80 мг/сут. Через 16 нед наблюдения первичной конечной точки (смерть, нефатальный ИМ, остановка сердца с последующей реанимацией, рецидив ишемии миокарда с выраженной клинической симптоматикой) достигли 228 (14,8%) пациентов в группе аторвастатина и 269 (17,4%) – в группе плацебо. Снижение риска ишемических событий на фоне терапии аторвастатином составило 16% и было статистически значимым (рис. 3). Различия между группами по частоте развития нефатального ИМ, остановки сердца с последующей реанимацией и смерти не достигало статистической значимости, однако снижение риска рецидива ишемии миокарда с выраженной клинической симптоматикой на фоне терапии аторвастатином составляло 26%, риска фатального инсульта – 50%, риска нефатального инсульта – 59% по сравнению с группой плацебо. И эти различия были достоверны. Несмотря на то что аторвастатин назначался в дозе 80 мг/сут, частота побочных эффектов терапии была крайне редкой.

То, что больной с ОКС должен принять первую дозу статина, еще находясь в палате интенсивной терапии, сегодня сомнений не вызывает. Но какой должна быть эта доза?

В исследовании PROVE-IT TIMI 22, включавшем 4162 пациента с ОКС (в том числе с подъемом сегмента ST), сравнивались интенсивная терапия статинами (аторвастатин 80 мг/сут) и умеренный режим терапии (правастатин 40 мг/сут). Первичная конечная точка включала смерть от любой причины, ИМ, развитие НС, потребовавшее госпитализации, реваскуляризацию миокарда, инсульт. В группе больных с умеренным режимом терапии уровень ХС ЛПНП снизился с 2,74 до 2,46 ммоль/л, а в группе больных с интенсивным режимом – с 2,74 до 1,60 ммоль/л, достоверно больше. Через 2 года частота неблагоприятных исходов в группе больных, получавших интенсивную терапию статинами, была достоверно, на 16% меньше, чем в группе больных с умеренным режимом терапии (рис. 4). Снижение частоты сердечно-сосудистых событий (ССС) в группе аторвастатина наблюдалось уже через 4 мес терапии. При этом значимое повышение уровней трансаминаз, креатинфосфокиназы и развитие миалгии отмечались всего у 3,3% больных.

Метаанализ двух крупных рандомизированных клинических исследований показал, что у больных с ОКС интенсивный режим липидснижающей терапии по сравнению с умеренным режимом обеспечивает снижение смертности от всех причин на 25% и снижение риска больших СССР – на 14% (рис. 5).

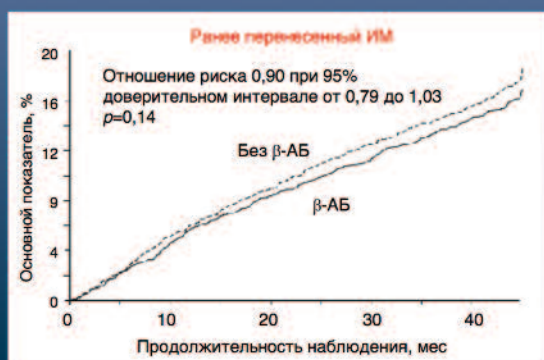
Основными эффектами раннего назначения статинов больным с ОКС являются стабилизация атеросклеротической бляшки, противовоспалительное действие и восстановление функции эндотелия. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, больным с ОКС, не имеющим противопоказаний, следует назначать статины независимо от уровня общего ХС, в ранние сроки после поступления в стационар (1–4-й день). В процессе терапии рекомендуется добиваться снижения ХС ЛПНП до значений менее 1,8 ммоль/л или на 50%, если не удалось достичь целевого уровня. Для решения этой задачи статины должны назначаться сразу в высокой или среднетерапевтической дозе с возможной последующей (через 16 нед терапии) понижающей титрацией под контролем уровня ХС ЛПНП в крови. Эксперты отмечают, что назначение статинов с первых дней заболевания повышает готовность пациентов продолжать их прием после завершения стационарного периода лечения.

В последней редакции Европейских рекомендаций по лечению больных ИМ с подъемом сегмента ST к лекарственным препаратам, имеющим I класс показаний, отнесены АСК в сочетании с блокаторами P2Y₁₂-рецепторов, т.е. двойная антиагрегантная терапия, β-АБ, статины, ИАПФ, а при их непереносимости – БРА и антагонисты минералокортикоидных рецепторов.

Дополнительным средством вторичной профилактики обострений ИБС у больных, перенесших ИМ, могут служить препараты омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Их влияние на прогноз у данной категории больных было показано в исследовании GISSI-Prevenzione. Для участия в нем были отобраны 11 324 больных с недавно (не более 3 мес назад) перенесенным ИМ и относительно низким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Пациенты были рандомизированы на четыре группы. В дополнение к базовой терапии больные получали либо высокоочищенные омега-3-ПНЖК (n=2830), либо их комбинацию с витамином Е (n=2830), либо не получали этих препаратов (группа контроля, n=2828). Длительность наблюдения составила 3–5 лет (в среднем 42 мес). На протяжении всего периода наблюдения больные, включенные в исследование, соблюдали «средиземноморскую» диету и получали традиционные средства профилактики обострений ИБС (антиагреганты, β-АБ, ИАПФ, гиполипидемические средства), по частоте назначения которых сравниваемые группы не различались.

Применение высокоочищенных омега-3-ПНЖК сопровождалось снижением относительного риска достижения основной комбинированной конечной точки (смерть, нефатальный ИМ, нефатальный инсульт) на 15% и дополнительной комбинированной конечной точки (смерть от сердечно-сосудистых причин, нефатальный ИМ, нефатальный инсульт) на 20% (рис. 6). В группе больных, получавших омега-3-ПНЖК, по сравнению с контрольной группой общая смертность была меньше на 20%, сердечно-сосудистая смертность – на 30%, смертность от ИБС – на 32% и частота внезапной смерти – на 45%. Различия между группой больных, получавших омега-3-ПНЖК, и контрольной группой по общей смертности становились достоверными с 3-го месяца, по сердечно-сосудистой смертности – с 6-го месяца, по смертности от ИБС – с 8-го месяца и по частоте внезапной смерти – с 4-го месяца наблюдения (рис. 7). Доказа-

Рис. 1. REACH registry: влияние терапии β -АБ в амбулаторных условиях на риск ССС у пациентов, перенесших ИМ (14 043), 44 мес наблюдения.



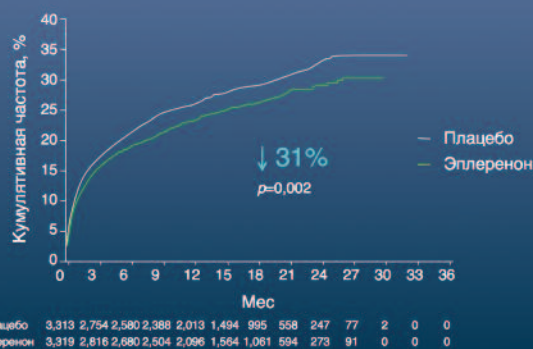
Bangalore S et al. JAMA 2012; 308 (13): 1340–49.

Рис. 4. PROVE-IT TIMI 22: влияние умеренного и интенсивного режимов гиполипидемической терапии на прогноз больных после ОКС.



Cannon CP et al. N Engl J Med 2004; 350.

Рис. 2. EPHEsus: первичная конечная точка (снижение сердечно-сосудистой смертности/сердечно-сосудистой госпитализации).



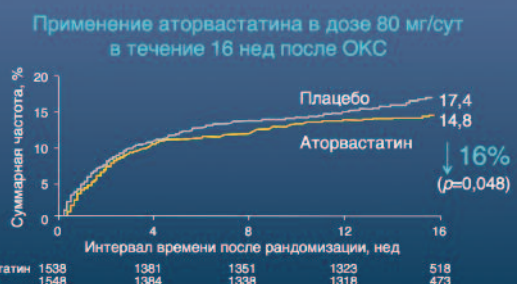
Pitt B et al. N Eng J Med 2003; 348: 1309–21.

Рис. 5. Метаанализ исследований A to Z и PROVE-IT TIMI 22: сравнение интенсивного и умеренного режимов липидснижающей терапии у больных с ОКС.



Afilalo J et al. Heart 2007; 93: 914–21.

Рис. 3. MIRACLE: снижение количества ишемических событий* у пациентов, перенесших ОКС, на фоне терапии аторвастатином.



*Смерть, нефатальный ИМ, остановка сердца с последующей реанимацией, рецидив ишемии миокарда с выраженной клинической картиной, доказанный при срочной повторной госпитализации.

Schwartz GG et al. JAMA 2001; 285: 1711–8.
Kinlay S et al. Circulation 2003; 108: 1560–6.

Рис. 6. GISSI-Prevenzione: результаты (первичные конечные точки).



теств позитивного влияния витамина Е на изучаемые показатели получено не было. Побочные эффекты омега-3-ПНЖК, послужившие причиной отмены терапии, регистрировались у 3,8% больных. Наиболее часто в качестве нежелательных явлений, связанных с лечением, отмечались желудочно-кишечные расстройства.

Основным механизмом положительного влияния омега-3-ПНЖК на прогноз больных, перенесших ИМ, по-видимому, является предотвращение жизнеугрожающих желудочковых аритмий.

Итак, медицинская помощь пациенту с ОКС в стационаре должна включать ряд последовательных действий.

После поступления больного в блок интенсивной терапии необходимо:

- провести диагностические мероприятия, позволяющие конкретизировать клиническую форму ОКС;
- обеспечить постельный режим и мониторинг ЭКГ;
- больным с признаками артериальной гипоксемии (цианоз, низкое насыщение артериальной крови

кислородом) дать кислород через носовые катетеры;

- начать или продолжить двойную антитромботическую терапию (АСК + блокатор P2Y₁₂-рецепторов), введение гепарина или фондапаринукса;
- при наличии стойкого подъема сегмента ST и отсутствии противопоказаний для реваскуляризации провести тромболитическую терапию или обеспечить выполнение коронарографии и ЧКВ;
- при отсутствии стойкого подъема сегмента ST провести стратификацию риска, после чего пациентам с высоким и очень высоким риском ИМ и смерти обеспечить выполнение коронарографии и ЧКВ;
- при отсутствии противопоказаний начать или продолжить лечение органическими нитратами, β-АБ, ИАПФ, статинами.

После стабилизации состояния и перевода больного из блока интенсивной терапии в кардиологическое (терапевтическое) отделение рекомендуется:

- завершить гепаринотерапию, продолжить применение антиагрегантов, β-АБ, ИАПФ и статинов, при необходимости – симптоматическую терапию;
- выполнить мероприятия по физической и психологической реабилитации;
- пациентам с ОКС без стойкого подъема сегмента ST, у которых по причине невысокого риска развития ИМ и смерти не выполнялось ЧКВ, а также пациентам, у которых ЧКВ не выполнялось по причине недоступности этого метода лечения, провести стресс-тест с физической или фармакологической нагрузкой (стресс-тест, проводимый с целью определения прогноза, прекращают при достижении мощности нагрузки 75 Вт или ЧСС 120 в минуту, или при появлении признаков ишемии миокарда);
- при отрицательном результате стресс-теста (отсутствии признаков ишемии миокарда) продолжить медикаментозное лечение, при положительном результате стресс-теста (наличие признаков ишемии миокарда) – обеспечить проведение коронарографии и реваскуляризации миокарда.

В дальнейшем необходимо обеспечить контроль факторов риска (достижение целевых уровней АД, нормализация массы тела, прекращение курения и т.д.). Медикаментозное лечение больных, перенесших ОКС, при отсутствии противопоказаний должно включать как минимум четыре класса лекарственных препаратов с доказанным положительным влиянием на прогноз.

Реабилитация больных, перенесших ОКС

Реабилитация представляет собой комплекс координированно проводимых мероприятий медицинского, физического, психологического, педагогического, социального характера, направленных на наиболее полное восстановление здоровья, психологического статуса и трудоспособности лиц, утративших эти способности в результате заболевания, с целью их возвращения к активной жизни и общественно полезному труду. Реабилитация больных с ИС, в лечении которых не применялось ЧКВ, осуществляется главным образом во время стационарного лечения и включает постепенное расширение двигательной активности, а также разъяснение пациенту сущности его заболевания, обоснование необходимости медикаментозных и немедикаментозных мероприятий по вторичной профилактике ИБС. Реабилитация больных ИМ и пациентов с ОКС, перенесших процедуру (операцию) реваскуляризации мио-

карда, проводится в течение более продолжительного времени и включает три этапа. I – стационарный. На этом этапе проводится диагностика, необходимые лечебные вмешательства и оценивается прогноз. Затем на II этапе пациенты трудоспособного возраста с высоким реабилитационным потенциалом переводятся в городской или загородный реабилитационный центр, где осуществляются мероприятия по восстановлению трудоспособности. Неработающие пациенты и больные с низким реабилитационным потенциалом переводятся для долечивания в специализированное отделение стационара. Если их состояние улучшается до уровня, при котором становится возможной активная реабилитация, то в пределах II этапа такие больные могут быть переведены в реабилитационный центр. III этап – амбулаторно-поликлинический. На этом этапе продолжают мероприятия по вторичной профилактике ИБС и происходит возвращение пациентов к труду де-юре. В рамках III этапа реабилитации может проводиться санаторное лечение (рис. 8).

Программа реабилитации пациента, перенесшего ОКС, должна включать пять стандартных модулей: медикаментозное лечение, физическую реабилитацию, коррекцию образа жизни и факторов риска, физиотерапию, коррекцию психического статуса и информационную поддержку больного. Индивидуальная программа реабилитации составляется с учетом особенностей конкретного пациента: специфики основного заболевания, варианта и полноты реваскуляризации миокарда, класса тяжести, который определяется главным образом функциональными возможностями пациента, его клиническим состоянием, вида сопутствующей патологии, особенностей личности, характера трудовой деятельности (рис. 9).

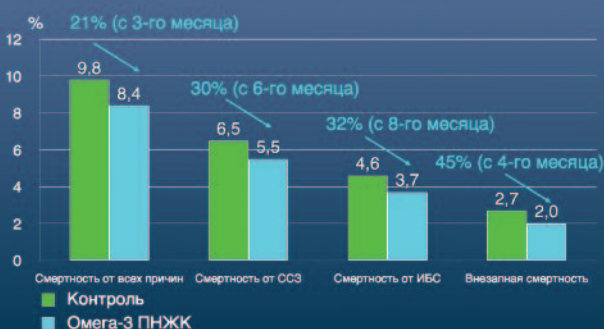
Эффективность реабилитационных мероприятий определяется полнотой выполнения задач всех видов реабилитации и степенью соблюдения преемственности между ее этапами.

Физическая реабилитация

Выбор темпа физической активизации больного ИМ представляет собой одну из важнейших задач стационарного этапа реабилитации. С одной стороны, ограничение физической активности создает благоприятные условия для течения процесса репарации и восстановления функции ишемизированного миокарда. С другой стороны, соблюдение постельного режима в течение продолжительного времени увеличивает риск венозного тромбоза и тромбоэмболических осложнений, застойной пневмонии, пареза желудочно-кишечного тракта, гипотрофии скелетных мышц. Длительная гиподинамия отрицательно влияет на регуляцию сердечно-сосудистой системы и психику больного.

Целесообразность ранней физической активизации больных ИМ подтверждена результатами многочисленных исследований. Вместе с тем оптимальный темп расширения физической активности должен определяться с учетом индивидуальных особенностей пациента. По предложению Д.М.Аронова (1982 г.) программа физической реабилитации на этапе стационарного лечения должна составляться на основании оценки принадлежности больного ИМ к одному из четырех классов тяжести состояния. Определение класса тяжести проводится на 2–3-й день заболевания после купирования болевого синдрома и таких осложнений, как кардиогенный шок, отек легких, тяжелые аритмии. При определении класса тяжести

Рис. 7. GISSI-Prevenzione: результаты (вторичные конечные точки).

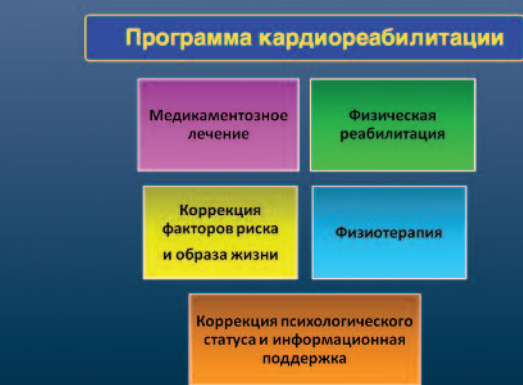


Marchioli R et al. Circulation 2002; 105: 1897–903.

Рис. 8. Схема этапного оказания медицинской помощи больным, перенесшим ОКС и операции реваскуляризации миокарда.



Рис. 9. Модульное построение индивидуальных программ кардиореабилитации.



учитываются глубина и обширность поражения миокарда, наличие осложнений, разделенных на три группы тяжести, выраженность коронарной недостаточности.

К осложнениям 1-й группы относятся:

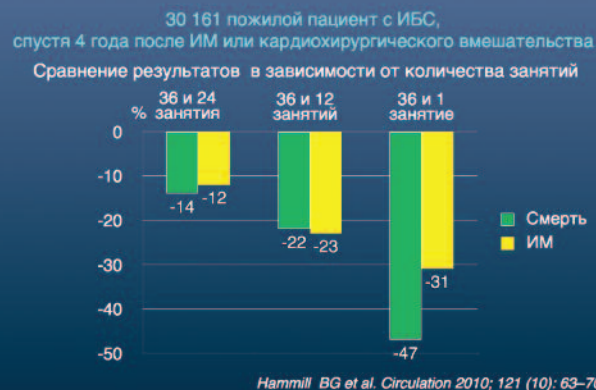
- редкая (не более одной за минуту) или частая экстрасистолия, прошедшая как эпизод;
- атриовентрикулярная блокада 1-й степени, предшествующая развитию данного ИМ, или при нижнем ИМ;
- синусовая брадикардия;

Рис. 10. О продолжительности стационарной фазы реабилитации больных ИМ и темпе расширения их двигательной активности.

Ориентировочные сроки нахождения больных с острым ИМ с подъемом сегмента ST в кардиологическом стационаре (I этап кардиореабилитации)			
Двигательная активность, ступени	Продолжительность, дни	Комплекс лечебной физкультуры*	Место действия
1-я	1–3	№1 индивидуально	Блок реанимации и интенсивной терапии
2-я	3–8	№2 индивидуально	Палата
3-я	8–18	№3 в малой группе	Палата, коридор, подъем по лестнице на 1-й этаж и выше

*Российские клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST: реабилитация и вторичная профилактика» РосОКР, РКО, 2013.

Рис. 11. Отдаленные результаты применения 12–18-недельной программы кардиореабилитации (база данных Medicare, США).



Hamill BG et al. Circulation 2010; 121 (10): 63–70.

- хроническая сердечная недостаточность (ХСН) без застоя в малом и большом кругах кровообращения;
 - эпистенокардический перикардит;
 - блокада ножек пучка Гиса при отсутствии атрио-вентрикулярной блокады.
- К осложнениям 2-й группы относятся:
- болевого шок (артериальная гипотензия);
 - атриовентрикулярная блокада 1–2-й степени при нижнем ИМ;
 - атриовентрикулярная блокада 1-й степени при переднем ИМ или в сочетании с блокадой ножек пучка Гиса;
 - пароксизмальные нарушения ритма, за исключением пароксизмальной желудочковой тахикардии;
 - миграция водителя ритма;
 - частая экстрасистолия (более одной в минуту), политопная, групповая, типа «R на T», длительная (в течение всего периода наблюдения) или часто повторяющиеся эпизоды;
 - ХСН IIА-стадии;
 - синдром Дресслера;
 - гипертонический криз по истечении острейшего периода заболевания;
 - стабильная артериальная гипертензия (САД > 200 мм рт. ст., диастолическое АД > 100 мм рт. ст.).
- К осложнениям 3-й группы относятся:
- рецидивирующее или затяжное течение ИМ;
 - состояние клинической смерти;
 - атриовентрикулярная блокада выше 1-й степени при переднем ИМ или 3-й степени при любой локализации ИМ;

- пароксизмальная желудочковая тахикардия;
- острая аневризма сердца;
- тромбоэндокардит или тромбоэмболические осложнения;
- кардиогенный шок;
- отек легких;
- ХСН, резистентная к лечению;
- желудочно-кишечное кровотечение;
- сочетание двух и более осложнений 2-й группы.

Больные каждого класса тяжести проходят физическую реабилитацию по соответствующей программе. Перевод пациента на каждую последующую ступень активности осуществляется с учетом времени, прошедшего от момента развития ИМ, и критериев расширения двигательного режима, включающих клинические характеристики (динамика симптомов осложнений, частота пульса, уровень АД), электрокардиографические показатели (отсутствие данных, указывающих на расширение зоны некроза, приближение сегмента ST к изоэлектрической линии, формирование отрицательного зубца T). В Российских рекомендациях по реабилитации больных ИМ с подъемом сегмента ST определены ориентировочные сроки расширения двигательной активности на I этапе реабилитации (рис. 10). Лечебная гимнастика начинается со 2–3-го дня болезни у всех категорий больных ИМ. Каждой ступени активности соответствует комплекс упражнений, разработанный с учетом физических возможностей больного. Переход к каждому последующему комплексу упражнений осуществляется в зависимости от класса тяжести и индивидуальной переносимости физических нагрузок.

Перевод больного в реабилитационный центр или отделение долечивания стационара считается целесообразным после достижения 3-й ступени двигательной активности. Следует подчеркнуть, что чрезмерное сокращение времени пребывания больного на I этапе реабилитации с целью сокращения расходов медицинского учреждения ведет к увеличению адаптационного периода на II этапе реабилитации, так как многие больные к моменту перевода в реабилитационный центр еще не готовы к выполнению предусмотренных стандартной программой физических нагрузок. Поскольку длительность пребывания больных в реабилитационном центре в настоящее время ограничена 21 днем, к окончанию этого срока нередко даже у пациентов с хорошим реабилитационным потенциалом, но преждевременно переведенных из стационара, не удается завершить полноценную программу реабилитации, что ведет к значительному увеличению периода временной нетрудоспособности на III этапе реабилитации.

Программа физической реабилитации больных, перенесших ИМ, на II этапе основывается на их стратификации по степени риска. Ключевыми элементами риск-стратификации являются:

- клиническое обследование;
- пробы с физической нагрузкой;
- оценка функции ЛЖ;
- оценка выраженности и распространенности коронарного атеросклероза;
- наличие и характер сопутствующей патологии.

Важнейшим фактором, определяющим индивидуальные особенности программы физической реабилитации, является результат пробы с физической нагрузкой. Перед выпиской больного из стационара стресс-тест выполняется крайне редко, поэтому проба с физической нагрузкой обычно проводится на II этапе реабилитации в конце адаптационного перио-

да, длительность которого составляет 2–5 дней. При выборе оптимального варианта пробы с физической нагрузкой для конкретного больного (тредмил-тест с возрастающей нагрузкой или тест 6-минутной ходьбы) учитываются полнота реваскуляризации, величина ФВ ЛЖ и степень двигательной активности, достигнутые к началу II этапа, уровень повседневной физической активности, свойственный пациенту до развития ИМ. У больных, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда, дополнительно учитываются характер операционной травмы, наличие и выраженность анемии, осложнения оперативного вмешательства и анестезиологического пособия.

После периода адаптации переходят к постепенному повышению ступеней двигательной активности и нарастающим по интенсивности физическим тренировкам под контролем их переносимости, который осуществляется методистами лечебной физкультуры и кардиологом-реабилитологом. В условиях реабилитационного центра в комплекс лечебной гимнастики включается тренировочная ходьба, а при хорошей переносимости физических нагрузок – дозированный бег, тренировки на велоэргометре, плавание и спортивные игры.

Программы физической реабилитации больных, перенесших ИМ, на амбулаторно-поликлиническом этапе различаются в зависимости от функционального класса (ФК) ИБС. Принадлежность больного к одному из четырех ФК определяется на основании результатов спирометрии. Данный метод позволяет оценить степень увеличения потребления кислорода организмом в условиях возрастающей нагрузки. Уровень потребления кислорода – важнейший показатель жизнеобеспечения, отражающий состояние основных физиологических систем: сердечно-сосудистой, внешнего и тканевого дыхания, крови, кроветворной, эндокринной и др. Если определение максимального потребления кислорода недоступно, при оценке ФК ИБС может использоваться показатель «двойного произведения» или индекс «пульс–давление» ($\text{ЧСС} \times \text{САД} \times 10^{-2}$), который в пределах субмаксимальных нагрузок тесно коррелирует с потреблением кислорода миокардом и величиной механической работы сердца.

К I ФК относятся больные, способные увеличить потребление кислорода при возрастающей физической нагрузке в 7 раз и более. Мощность пороговой нагрузки составляет более 750 кгм/мин, значение индекса «пульс–давление» превышает 278. Приступы стенокардии у больных данного класса развиваются только при длительной нагрузке большой интенсивности, явления сердечной недостаточности отсутствуют.

Ко II ФК относятся больные, у которых потребление кислорода при нагрузке возрастает в 4–6 раз по сравнению с состоянием покоя, мощность пороговой нагрузки превышает 450 кгм/мин, индекс «пульс–давление» варьирует в пределах 218–277. Пациенты данного класса хорошо переносят физические нагрузки, свойственные повседневной жизни. Приступы стенокардии возникают при быстрой ходьбе в гору, подъеме по лестнице, во время эмоционального стресса. ХСН отсутствует или соответствует I стадии.

У больных, относящихся к III ФК, потребление кислорода при нагрузке возрастает в 2–3 раза, мощность пороговой нагрузки не превышает 300 кгм/мин, индекс «пульс–давление» варьирует в пределах 151–217. Приступы стенокардии возникают при

ходьбе в обычном темпе, подъеме по лестнице на один этаж и изредка в покое. Выраженность клинических признаков ХСН соответствует I–IIA-стадии.

Больные IV ФК способны выполнить лишь незначительную физическую нагрузку. При этом потребление кислорода возрастает не более чем в 2 раза, мощность пороговой нагрузки не превышает 150 кгм/мин, индекс «пульс–давление» составляет менее 150. Для больных данного ФК характерна стенокардия малых нагрузений и покоя, ХСН IIБ–III-стадии.

В связи с тем что между потреблением кислорода организмом и затратами энергии в покое и при физической нагрузке существует прямая связь, для больных каждого ФК могут быть установлены пределы энерготрат при выполнении различных видов работы.

Больным I ФК разрешается полное самообслуживание, выполнение основных видов бытовой работы, поднятие тяжестей до 15 кг, участие в несостязательных спортивных играх (волейбол, настольный теннис, бадминтон), плавание и ходьба на лыжах при наличии предшествующего опыта. Больные II ФК также способны полностью себя обслуживать, выполнять различные мелкие работы по дому и на приусадебном участке, но подъем тяжестей свыше 8 кг и обработка почвы лопатой исключаются. Допустимы кратковременное участие в несостязательных спортивных играх, плавание, дозированная ходьба на лыжах. Больным III ФК разрешаются полное самообслуживание, легкие работы по дому и на садовом участке, поднятие тяжестей не более 4 кг. Спортивные игры, плавание, ходьба на лыжах противопоказаны. Больные IV ФК не в состоянии полностью себя обслужить. Многие виды бытовых нагрузок и работа на садовом участке, а также бег и спортивные игры – противопоказаны.

Рекомендуемая скорость ходьбы составляет: для больных I ФК – до 5–6 км/ч (110–120 шагов в минуту с короткими периодами до 130 шагов в минуту), II ФК – до 4 км/ч (110 шагов в минуту с короткими периодами до 120–130 шагов в минуту), III ФК – до 2,5–3 км/ч (80–90 шагов в минуту), IV ФК – до 2 км/ч (60–70 шагов в минуту).

Комплекс упражнений лечебной гимнастики на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации также определяется ФК больного. У больных I ФК лечебная гимнастика проводится в тренирующем режиме, II и III ФК – в щадяще-тренирующем режиме, IV ФК – в щадящем режиме. Физические тренировки включают дозированную ходьбу и бег, плавание, упражнения на тренажерах.

Индивидуализация физической активности в зависимости от ФК ИБС применима и к реабилитации больных, перенесших период НС, особенно в тех случаях, когда по каким-либо причинам невозможно проведение механической реваскуляризации миокарда.

На рис. 11 представлены данные анализа отдаленных результатов реабилитации более 30 тыс. пожилых пациентов, перенесших ИМ или кардиохирургическое вмешательство (база данных Medicare, США). Программа реабилитации помимо медикаментозного лечения включала занятия лечебной физкультурой 2 раза в неделю. Сравнивались результаты реабилитации по 18-недельной программе с результатами реабилитации по программам меньшей продолжительности. Количество занятий весьма значительно влияло на прогноз больных. Чем более продолжительной была программа реабилитации, тем в большей степени снижался риск смерти и ИМ. Эти данные могут

служить обоснованием активной физической реабилитации больных не только на II, но и III этапе. Для улучшения результатов лечения больных ИМ необходимо не только внедрение современных методов реваскуляризации миокарда, но и создание амбулаторных центров, предназначенных для активной физической реабилитации по крайней мере в течение 4 нед после окончания II этапа.

Психологическая реабилитация

Развитие ОКС всегда сопровождается выраженным в большей или меньшей степени эмоциональным стрессом. Сам факт заболевания, обстоятельства экстренной госпитализации, пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии, осознание необходимости активного, в том числе, возможно, и хирургического лечения, изменения образа жизни и профессиональных планов, опасения за собственное будущее и благополучие близких людей становятся причинами неадекватных личностных реакций на болезнь. Профилактика их возникновения и прогрессирования – важная задача, которая должна решаться медицинскими работниками на всех этапах реабилитации.

Поведение врача и объем информации, сообщаемой больному, должны определяться личностными особенностями пациента, уровнем его интеллекта и медицинской грамотностью. Вместе с тем, какими бы ни были установленный диагноз, прогноз больного, с первых дней лечения необходимо стремиться к формированию у пациента уверенности в благополучном исходе заболевания, оптимистического отношения к будущему. Большое значение имеют беседы врача с родственниками больного, которые должны располагать полной информацией о его состоянии и прогнозе. Врач должен предусматривать возможность передачи этих сведений пациенту. При общении с родственниками следует учитывать особенности семейных отношений и четко инструктировать близких пациента о том, как им следует вести себя при контакте с ним. Перед выпиской больного из стационара необходимо дать его родственникам конкретные рекомендации по формированию дальнейших отношений с пациентом, учитывая его состояние, особенности течения и прогноз заболевания.

Следует обратить особое внимание на соблюдение принципов деонтологии при общении с сослуживцами больного. Сведения о заболевании и прогнозе трудоспособности могут сообщаться сослуживцам пациента, если это необходимо для корректировки производственных планов и создания благоприятных условий возвращения больного к трудовой деятельности, но лишь при условии, что данная информация не повредит его служебному положению. При адекватной психологической реакции на болезнь перспективы возобновления профессиональной деятельности лучше разъяснить непосредственно пациенту и предоставить ему возможность самостоятельно определять объем информации, передаваемой по месту работы.

На II этапе психологическая реабилитация больного ИМ должна быть направлена на преодоление страха перед увеличением физической активности, гимнастическими упражнениями и тренировками. С другой стороны, некоторые пациенты с неосложненным течением ИМ, испытывающие искушение проверить себя, нуждаются в обратном изменении отношения к своим физическим возможностям. При выписке из

реабилитационного центра необходимо дать каждому пациенту рекомендации по допустимому уровню физических нагрузок в соответствии с ФК ИБС.

Важнейшей задачей врача, осуществляющего наблюдение за больным, перенесшим ОКС, на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации является создание доверительных отношений с пациентом, позволяющих ему обсудить различные аспекты своей настоящей и будущей жизни. Особого внимания требуют больные с психопатическими чертами характера, у которых в постинфарктном периоде наиболее часто развиваются неврозы. Хороший результат на поликлиническом этапе реабилитации больных, перенесших ИМ, эпизод НС, а также эндоваскулярное или хирургическое вмешательство, достигается при их коллективном общении в «коронарных клубах» с участием врачей и психологов.

Трудоспособность больных, перенесших ОКС

При соблюдении современных принципов реабилитации в специализированных отделениях стационаров, реабилитационных центрах и поликлиниках к труду возвращается около 85% больных, перенесших ИМ, и около 100% больных, перенесших эпизод НС. Экспертиза трудоспособности данной категории больных проводится с учетом многих факторов медицинского, профессионального и социального характера, но в ее основе лежит сопоставление функционального состояния сердца с особенностями трудового процесса. Главными критериями оценки состояния больного после периода обострения ИБС являются ФК ИБС и выраженность расстройств, обусловленных морфологическими изменениями миокарда (ХСН, тяжелые нарушения ритма и проводимости, аневризма сердца). При характеристике труда учитываются физическая и нервно-психическая нагрузка, рабочая поза, монотонность трудовой деятельности, напряжение зрения и слуха.

Больные, относящиеся к I ФК, трудоспособны в полном объеме, за исключением любого труда в ночную смену и тяжелого физического труда. Больные II ФК трудоспособны в полном объеме при профессии, не связанной с тяжелым и средней тяжести физическим трудом, большим психическим напряжением. Больные III ФК, профессия которых связана с физической нагрузкой, преимущественно нетрудоспособны. Если профессия не связана с физической нагрузкой, трудоспособность ограничена. Больные IV ФК полностью нетрудоспособны.

Освидетельствованию во врачебно-трудовой экспертизе подлежат 3 категории больных, перенесших ИМ: к 1-й относятся пациенты, имеющие предикторы повышенного риска смерти в первые годы после развития ИМ. Ко 2-й категории относятся больные, нуждающиеся в трудоустройстве, т.е. пациенты, имеющие противопоказания к продолжению трудовой деятельности, которой они занимались до заболевания. Третью категорию составляют больные, нуждающиеся в продлении лечения свыше 4 мес при благоприятном прогнозе и наличии реальной перспективы возвращения к трудовой деятельности.

Инвалидность 3-й группы устанавливают в случаях, когда требуются значительные изменения условий трудовой деятельности по профессии больного или при необходимости изменения профессии. Инвалидность 2-й группы устанавливается при полной постоянной или длительной нетрудоспособности вследствие выраженных функциональных нарушений у больных, способных к самообслуживанию и не нуждающихся в посторонней помощи. Основанием для установления инвалидности 1-й группы является наличие тяжелых функциональных расстройств, которые не только делают больного полностью нетрудоспособным, но и обуславливают необходимость постоянной посторонней помощи и ухода.

Сведения об авторе

Перепеч Никита Борисович – д-р мед. наук, проф., рук. Научно-клинического и образовательного центра «Кардиология» Института высоких медицинских технологий мед. фак-та ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail: nikita_perepech@mail.ru

— * —

ХII Российская научная конференция с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии»

Российское общество кардиосоматической реабилитации
и вторичной профилактики (РосОКР)

Российское кардиологическое общество (РКО)

Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ)

Союз реабилитологов России (СРР)

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России

20–21 апреля 2017 г., Москва

Информационное письмо

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в объединенной ХII Российской научно-практической конференции Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии», которая состоится 20–21 апреля 2017 г. в Москве.

Основная тематика Конференции:

- Достижения, нерешенные вопросы кардиореабилитации в России.
- Лечение и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с сопутствующей патологией других органов.
- Вторичная профилактика при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
- Сочетанная реабилитация при кардиальной и сопутствующей соматической патологии.
- Медикаментозная терапия в кардиологической реабилитации и вторичной профилактике.
- Реабилитация больных после хирургических вмешательств в связи с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
- Реабилитация больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на курортах и в санаториях.
- Патофизиологические аспекты физических нагрузок, физических тренировок у кардиальных и кардиосоматических больных.
- Методы диагностики и контроля в реабилитации.

Правила оформления тезисов

1. Тезисы принимаются оргкомитетом до 1 марта 2017 г.
2. Объем тезисов – 1 страница (А4), поля сверху, снизу, справа и слева – 3 см. Пожалуйста, используйте шрифт Times New Roman 12 пт., через 1 интервал. Не допускается размещение в тексте таблиц и рисунков. Тезисы будут печататься факсимильно, без повторного набора и не будут подвергнуты редакторской правке.
3. В заглавии должны быть указаны: название (заглавными буквами), с новой строки – фамилия и инициалы авторов, без указания научных степеней и титулов; с новой строки – учреждение, город. Далее содержание тезисов: цель, методы исследования, полученные результаты, заключение. Не следует приводить ссылки на литературу. В названии тезисов не допускаются сокращения.

Тезисы принимаются только в электронном виде в формате Word на электронный адрес. E-mail: ERodzinskaya@gnicpm.ru (Родзинская Елена Михайловна, обязательно следует указать адрес для переписки, телефон, факс, электронный адрес).

Внимание!

Тезисы должны быть получены оргкомитетом до 1 марта 2017 г.

Заявку на бронирование мест в гостинице направлять по адресу оргкомитета, ведущему научному сотруднику Красницкому Владимиру Борисовичу. Тел.: 8 (499) 553-66-38. E-mail: VKrasnitsky@gnicpm.ru

Заявки на выступление направлять до 1 февраля 2017 г. по адресу оргкомитета, зам. председателя конференции, д.м.н., профессору Бубновой Марине Геннадьевне: факс: 8 (495) 624-01-15. E-mail: MBubnova@gnicPM.ru, или д.м.н., профессору Аронову Давиду Мееровичу. E-mail: DAronov@gnicPM.ru.

Участникам конференции выдается сертификат НМО с образовательными кредитами.

Адрес оргкомитета: 101000, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3. ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России, оргкомитет научной конференции.

Тел./факс: 8 (495) 624-01-15, 8 (499) 553-67-52

E-mail: MBubnova@gnicPM.ru (проф. М.Г. Бубнова)

DAronov@gnicPM.ru (проф. Аронов Д.М.)

ERodzinskaya@gnicpm.ru (н.с. Родзинская Е.М.).

Адрес проведения конференции: Центральный Дом ученых РАН: Москва, ул. Пречистенка, д. 16. Проезд: ст. метро «Кропоткинская», далее пешком (700 м) или троллейбус №15 до остановки «Дом ученых».

Информация о конференции размещена на сайте РосОКР: www.rosokr.ru.

Оргкомитет

