

**ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОЛИКЛИНИКЕ****А.Д. Куимов¹, А.А. Шуркевич², И.В. Москаленко³**¹*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52*²*ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 2»
630051, г. Новосибирск, ул. Ползунова, 21*³*ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 19»
630038, г. Новосибирск, ул. Шукшина, 3*

Цель исследования. Повышение эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда и реабилитации больных на амбулаторном и стационарном этапах. Материал и методы. Обследовано 164 пациента обоих полов с перенесенным инфарктом миокарда с тромболитическим и эндоваскулярным восстановлением кровотока ишемизированного миокарда. Диагноз инфаркта миокарда установлен в соответствии со стандартами диагностики ESC/ACCF/АНА (2007 г.) и документально подтвержден выписным эпикризом из истории болезни медицинского учреждения, где проводилось стационарное лечение пациента по экстренным показаниям. Пациенты были разделены на 3 группы: 1) наблюдения с реабилитацией в амбулаторных условиях, 2) реабилитации в круглосуточном специализированном отделении, 3) сравнения. Всем пациентам был назначен постоянный прием медикаментозной терапии в соответствии со стандартами лечения пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС); даны рекомендации по модификации факторов риска и соблюдению здорового образа жизни; проведены лабораторные исследования крови, электрокардиография и эхокардиография сердца, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, оценка степени сердечной недостаточности по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) и тесту 6-минутной ходьбы, оценка приверженности к лечению с использованием теста Мориски–Грина, оценка качества жизни больных с сердечной недостаточностью по Миннесотскому опроснику, оценка эпизодов повторных госпитализаций по поводу ОКС и летальных исходов. Дополнительно пациентам первой группы амбулаторно проводились «Школы здоровья» и лечебная физическая культура, второй группе – курс реабилитации в специализированном отделении восстановительного лечения ГБУЗ НСО ГКБ № 19. Результаты. По достижению приверженности к лечению, оценки среднего показателя качества жизни, эпизодов повторных ОКС, уменьшению тяжести функционального класса сердечной недостаточности показатели пациентов 1-й группы превосходили данные по пациентам 3-й группы, но уступали 2-й. Заключение. Использование реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения пациентов с перенесенным ИМ как элемента вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений положительно влияет на конечные точки независимо от метода реваскуляризации миокарда.

Ключевые слова: вторичная профилактика, инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, лечебная физическая культура (ЛФК).

По данным Всемирной организации здравоохранения в среднем ежегодно от сердечно-сосудистой патологии погибает более 17 млн человек населения земного шара. Ожидаемое

увеличение показателя смертности к 2020 г. составляет 25 млн человек в год. Аналогичная ситуация и в Российской Федерации, где на долю болезней системы кровообращения приходится

Куимов Андрей Дмитриевич – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской терапии

Шуркевич Анастасия Алексеевна – врач-кардиолог, e-mail: shurkevich@mail.ru

Москаленко Ирина Викторовна – врач-кардиолог, зав. отделением восстановительного лечения

до 56,9 % общей смертности от всех причин. По данным С.И. Антиповой, В.В. Антипова (2011 г.), на протяжении последних десятилетий болезни системы кровообращения составляют 53 % [1].

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

Известно, что частота сердечно-сосудистых осложнений и показатель смертности являются максимальными в течение первых трех месяцев после инфаркта миокарда [3]. В течение двух последующих лет частота смертей и новых случаев инфаркта миокарда составляет 7 % в год [4]. Конечно, с внедрением в практику современных методов лечения острого инфаркта миокарда, включая эндоваскулярные и хирургические [5], удалось достичь снижения госпитальной летальности с 25–30 % до 17–18 %, а при неосложненном течении – до 7–10 % [6]. Однако процесс восстановления пациента, его физической и социальной адаптации [7], полного возвращения в социум все еще требует больших временных и финансовых затрат как со стороны государства, так и самого пациента. Так, по данным Р.Г. Оганова, среди лиц до 65-летнего возраста экономические потери вследствие сердечно-сосудистых заболеваний составили 42 % в человеко-годах, а в стоимостном выражении – 56 % общих потерь от заболеваний в индустриальных странах [8].

Как показало проведенное исследование COURAGE, инвазивные методы повышают качество жизни пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, но не влияют на продолжительность жизни и твердые конечные точки в отдаленном периоде наблюдения [9]. В связи с этим представляется необходимым активное использование ресурсов и резервов амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев системы здравоохранения без дополнительных материальных затрат. Следовательно, проблема долгосрочной реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца актуальна и в век новых медицинских технологий [10].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В рамках оценки эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах

был проведен сравнительный анализ данных клинических, лабораторных и инструментальных исследований у 164 пациентов с установленным в соответствии со стандартами диагностики ESC/ACCF/АНА (2007 г.) и подтвержденным документально выписным эпикризом из истории болезни диагнозом инфаркта миокарда, в возрасте от 30 лет, мужского и женского пола, с эндоваскулярной и тромболизисной реваскуляризацией миокарда. Выборка пациентов и распределение по группам проводились случайным способом в равных соотношениях по полу и методу реваскуляризации.

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

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

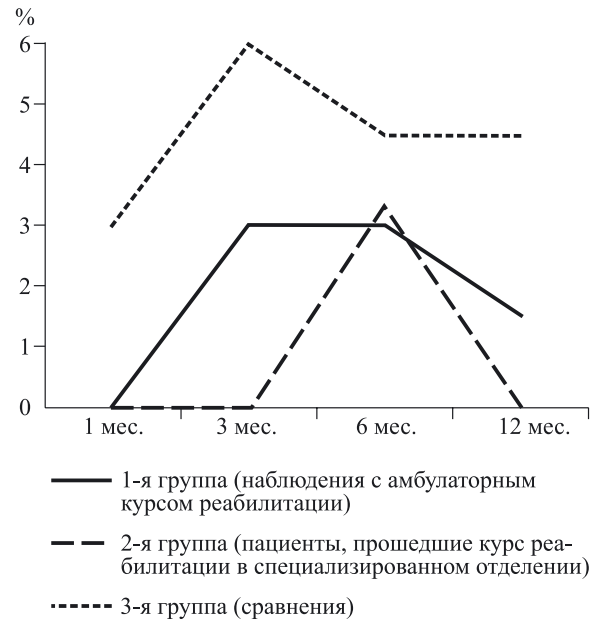
Пациентам, входящим в 1-ю группу исследования, общая схема программ физических тренировок короткой и средней продолжительности подготовлена в соответствии с рекомендациями Д.М. Аронова. Объем лечебной физической культуры (ЛФК) был расширен на основании методик проведения физических тренировок для пациентов с острым инфарктом миокарда Новосибирского областного клинического кардиологического диспансера и включал 4 ключевых момента – утреннюю гимнастику, лечебную гимнастику, три вида ходьбы, тренировку по лестнице. Обучение в «Школе здоровья» для пациентов и их родственников проводилось в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, Всероссийского научного общества кардиологов.

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

Пациенты третьей группы (сравнения) получали весь комплекс медикаментозной терапии в соответствии с установленными стандартами ведения пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и индивидуальное консультирование при необходимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении сравнительного анализа общей оценки течения ишемической болезни сердца (ИБС) всех трех групп пациентов можно сделать вывод о наиболее выраженном изменении в показателях состояния сердечно-сосудистой системы при продолжительности наблюдения от 6 мес. ($p < 0,05$). При этом наилучшие показатели восстановления пациента имеются в группе 2 (до 90,0 % за 12 мес.) и 1 (до 60,6 %). В группе 1 и 3 на разных этапах наблюдения



Частота возникновения повторного ОКС и прогрессирования ИБС

зарегистрировано по одному летальному исходу из числа пациентов с тромболитическим способом реваскуляризации. По частоте возникновения осложнений в виде повторного острого коронарного синдрома (ОКС) и сохраняющейся отрицательной динамикой за время наблюдения с уровнем достоверности $p < 0,05$ получены следующие данные (см. рисунок).

1-я группа пациентов (наблюдения с амбулаторным курсом реабилитации), дополнительно получающая комплекс упражнений ЛФК (контролируемые и неконтролируемые занятия), курс теоретической подготовки в виде Школ здоровья, через один месяц исследования достигла 0 % повторных эпизодов ОКС и прогрессирования ИБС, через 3 мес. – 3,0 %, через 6 мес. – 3,0 % (в том числе один летальный исход), через 12 мес. – 1,5 %;

2-я группа пациентов (прошедшая курс реабилитации в специализированном отделении) получила следующий результат по эпизодам повторных ОКС с госпитализацией: через 1, 3 и 12 мес. – 0 %, через 6 мес. – 3,3 %;

3-я группа пациентов (сравнения), имеющая только устные рекомендации по модификации факторов риска и соблюдению здорового образа жизни с назначенным базисным медикаментозным лечением, через один месяц наблюдения имела 3,0 % повторных ОКС и госпитализаций с прогрессированием, через 3 мес. – 6,0 % (в том числе один летальный исход), через 6 и 12 мес. – 4,5 %.

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

На основании проведенного сравнительного анализа данных табл. 1 и 2 по определению класса сердечной недостаточности по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) и тесту 6-минутной ходьбы имеется четкая стабильная тенденция в уменьшении класса сердечной недостаточности во 2-й группе пациентов (прошедших специализированное лечение в ГБУЗ НСО ГKB № 19). Однако при определении хронической сердечной недостаточности (ХСН) по тесту 6-минутной ходьбы процент перехода пациентов в функциональные классы (ФК) I и II значительно меньше – 23,3 и 40,0 % соответственно (для примера, через 12 мес. ХСН по ШОКС составляет 40,0 и 50,0 % соответственно). Выявленные различия в данных табл. 1 и 2 обнаружены у пациентов групп 1 и 3. Пациенты 1-й

группы, имеющие средний показатель уменьшения выраженности ХСН при четкой стабильной положительной динамике по шкале ШОКС (изначально и за 12 мес. ФК, %: I–4,5/13,6, II–73,1/71,3, III–20,9/13,6, IV–1,5/1,5), в случае с тестом 6-минутной ходьбы отнесены преимущественно к средним классам ХСН (исходно и за 12 мес. ФК, %: I–14,9/10,6, II–43,3/47,0, III–26,9/28,8, IV–14,9/13,6). Данный факт можно объяснить наличием сопутствующей патологии у пациентов со стороны других органов и систем, затрудняющих темп ходьбы в рамках проводимого теста (например, избыточный вес/ожирение, хроническая венозная недостаточность, различные виды патологий опорно-двигательной системы). Таким образом, в рамках проводимого исследования представляется более целесообразным определение целостного состояния пациента по классу сердечной недостаточности с использованием шкалы ШОКС.

Исходя из оценки приверженности к лечению ($p < 0,05$), можно констатировать факт наличия прямой пропорциональной зависимости между

Таблица 1

Оценка течения хронической сердечной недостаточности пациентов всех групп по шкале ШОКС ($p < 0,05$)

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

Таблица 2

Оценка течения хронической сердечной недостаточности пациентов всех групп по тесту 6-минутной ходьбы ($p < 0,05$)

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

интенсивностью медицинского наблюдения и соблюдением пациентом рекомендаций по приему лекарственных препаратов (прирост полной приверженности группы 2 составил +23,4 %, группы 1 +17,8 %). Во всех группах наблюдения при всех методах реваскуляризации по итогам 12 мес. наблюдения сохранялась стабильная динамика с максимальной приверженностью к классу препаратов ацетилсалициловой кислоты (до 100 % во 2-й группе, табл. 3).

При проведении сравнительного анализа лабораторных показателей пациентов с тромболизисным и эндоваскулярным методами реваскуляризации миокарда всех трех групп достоверных отличий зафиксировано не было. Однако обращает на себя внимание изменение уровня

общего холестерина в динамике 12 месяцев наблюдения (табл. 4), где было достигнуто его стабильное снижение менее 4,0 ммоль/л для 2-й группы пациентов.

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

Таблица 3

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

Группа лекарственных препаратов	1-я группа (наблюдения)		2-я группа (с проведенным комплексом реабилитации в ГБУЗ НСО ГКБ №19)		3-я группа (сравнения)	
	Назначено исходно / принимает по итогам 12 мес. (% сохранения на терапии через 12 мес.)					
	Тромболизисная реваскуляризация (n=38)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=28)	Тромболизисная реваскуляризация (n=17)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=13)	Тромболизисная реваскуляризация (n=38)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=28)
Ацетилсалициловая кислота	38/38 (100 %)	28/27 (96,4 %)	17/17 (100 %)	13/13 (100 %)	38/37 (97,4 %)	28/20 (71,4 %)
Клопидогрель	38/36 (94,7 %)	28/24 (85,7 %)	17/17 (100 %)	13/12 (92,3 %)	38/27 (71,0 %)	28/16 (57,1 %)
Бета1-блокаторы / ингибитор ИФ-каналов (кораксан)	38/35 (92,1 %)	28/23 (82,1 %)	17/16 (94,1 %)	13/11 (84,6 %)	38/33 (86,8 %)	28/19 (67,9 %)
ИАПФ	21/20 (95,2 %)	15/12 (80,0 %)	9/8 (88,9 %)	6/5 (83,3 %)	22/16 (72,7 %)	16/9 (56,2 %)
Сартаны (блокаторы РААС)	17/14 (84,3 %)	13/11 (84,6 %)	8/7 (87,5 %)	7/7 (100 %)	16/10 (62,5 %)	12/7 (58,3 %)
Антагонисты кальция	11/9 (81,8 %)	9/7 (77,8 %)	4/4 (100 %)	5/4 (80,0 %)	14/9 (64,3 %)	8/5 (62,5 %)
Диуретики (в том числе в составе комбинированного препарата)	20/19 (95,0 %)	12/10 (83,3 %)	8/7 (87,5 %)	6/4 (66,7 %)	15/6 (40,0 %)	10/4 (40,0 %)
Нитраты	17/14 (82,3 %)	7/2 (28,6 %)	6/5 (83,3 %)	2/2 (100 %)	16/14 (87,5 %)	9/3 (33,3 %)
Статины	38/37 (97,4 %)	28/25 (89,3 %)	17/17 (100 %)	13/12 (92,3 %)	38/22 (57,9 %)	28/19 (67,9 %)

Примечание. РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система.

Таблица 4

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

Средний показатель критерия	1-я группа (наблюдения)		2-я группа (с проведенным комплексом реабилитации в ГБУЗ НСО ГКБ № 19)		3-я группа (сравнения)	
	Тромболизисная реваскуляризация (n=38)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=28)	Тромболизисная реваскуляризация (n=17)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=13)	Тромболизисная реваскуляризация (n=38)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=28)
	Исходно/через 12 мес.	Исходно/через 12 мес.	Исходно/через 12 мес.	Исходно/через 12 мес.	Исходно/через 12 мес.	Исходно/через 12 мес.
Уровень общего холестерина, ммоль/л:	6,10/3,98	5,92/3,84	4,92/3,99	4,87/4,01	6,04/5,01	6,19/4,73

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наибольшие показатели в регрессе симптомов сердечно-сосудистой патологии и приверженности медикаментозным назначениям по итогам 12 мес. наблюдения достигнуты у пациентов в группе 2, т.е. прошедших курс реабилитации в специализированном отделении восстановительного лечения ГБУЗ НСО ГКБ № 19. Альтернативой специализированному отделению может быть динамичное амбулаторно-поликлиническое ведение пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, включающее обучение в «Школе здоровья» для пациента и его родственников и расширение диапазона двигательной активности посредством занятий ЛФК. Динамическое воздействие на больного обоснованно улучшает показатели гемодинамики, приверженность к труду, переносимость физических нагрузок как при тромболизисом, так и при эндоваскулярном методах восстановления кровотока ишемизированного миокарда после острого коронарного синдрома, что позволяет оптимизировать процесс возврата пациента в социум.

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

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

состояния сердечно-сосудистой системы, в том числе течения хронической сердечной недостаточности (до 60,6 % за 12 мес. наблюдения).

ВЫВОДЫ

1. Организация наблюдения за пациентами с перенесенным инфарктом миокарда, проведение групповых занятий и индивидуальных консультаций по разъяснению патогенеза ишемической болезни сердца, медикаментозным и немедикаментозным способам лечения, обучение основам лечебной физической культуры позволили повысить эффективность вторичной профилактики инфаркта миокарда на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах ведения больных.

2. Создание активного медицинского контроля по приему лекарственных препаратов, разъяснение конечных точек воздействия определенных групп лекарственных веществ позволили повысить приверженность к лечению по итогам 12 мес. наблюдения в 1-й группе пациентов до 93,9 %, во 2-й группе – до 96,7 %, а к отдельным группам лекарственных препаратов – до 100 % (к ацетилсалициловой кислоте, у пациентов с тромболитической терапией дополнительно к клопидогрелю, антагонистам Са, статинам; у пациентов с эндоваскулярным вмешательством – к сартанам и нитратам), в сравнении с 3-й группой, где приверженность к лечению составила 51,5 %.

3. При проведении программы реабилитации по итогам 12 мес. наблюдения в 1-й группе пациентов достигнуто снижение неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, в том числе эпизодов повторных госпитализаций до 1,5 %, во 2-й группе – 0, в 3-й – 4,5 %.

4. Проведение комплексного процесса реабилитации на амбулаторном и стационарном этапах одинаково эффективно влияет на конечные точки как у больных с проведенным системным тромболизисом, так и у пациентов с эндоваскулярным восстановлением кровотока (т.е. независимо от способа коронарного вмешательства), что делает программу комплексной реабилитации на амбулаторном этапе важнейшим методом восстановительного лечения больных инфарктом миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова С.И., Антипов В.В. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления // Мед. новости. 2011. № 12. С. 37–43.
2. Гаас Г.Н., Модестов А.А. Особенности заболеваемости населения трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения по данным ОМС // Соц. аспекты здоровья населения. 2011. Т. 17, № 1.

3. Steg Ph.G., Dabbous O.H., Feldman L.J., Cohen-Solal A., Aumont M.-C., Lypez-Sendyn J., Budaj A., Goldberg R.J., Klein W., Anderson F.A. For the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) Investigators. Determinants and prognostic impact of heart failure complicating acute coronary syndromes: observations from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) // *Circulation*. 2004. Vol. 109. P. 494–499.
4. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events, 2001
5. Бабунашвили А.М., Иванов В.А., Дундуа Д.П. и др. Лечение коронарного атеросклероза: влияние массового применения стентов на ближайшие и отдаленные результаты коронарной ангиопластики // *Кардиология*. 2004. № 5. С. 23–29.
6. Earl S., Ford et al. Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000 // *New Engl. J. Med.* 2007. Vol. 23. С. 356.
7. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М.: Медицина, 1988. 288 с.
8. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Концевая А.В. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации // *Кардиоваскуляр. терапия*. 2011. № 4. С. 4–9.
9. Maron D.J., Spertus J.A., Mancini G.B.J. et al. Impact of an initial strategy of medical therapy without percutaneous coronary intervention in high-risk patients from the Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive druG Evaluation (COURAGE) trial // *Am. J. Cardiol.* 2009. Vol. 104, N 8. P. 1055–1062.
10. Куимов А.Д., Ложкина Н.Г., Немаджонов У.У., Балабушевич Т.А., Рагино Ю.И., Полонская Я.В., Каштанова Е.В., Иванова М.В. Оптимизация прогнозирования отдаленных последствий острого коронарного синдрома // *Сиб. мед. журн.* 2010. Т. 25, № 2, вып. 1. С. 184–185.

SECONDARY PREVENTION AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE MYOCARDIAL INFARCTION IN POLICLINIC

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

¹*Novosibirsk State Medical University of Minzdrav of Russian
630091, Novosibirsk, Krasny av., 52*

²*City Clinical Hospital № 2
630051, Novosibirsk, Polzunov str., 21*

³*City Clinical Hospital № 19
630038, Novosibirsk, Shukshin str., 3*

Research objective. Increase of efficiency of secondary prevention of a myocardial infarction and rehabilitation of patients at an out-patient stage. Materials and methods. 164 patients of both floors with the transferred myocardial infarction with enzymatic and endovascular restoration of a blood-groove of an ischemic myocardium are surveyed. The diagnosis of a myocardial infarction is established according to standards of diagnostics of ESC/ACCF/AHA (2007) also it is documented by an extract from the clinical record of office of medical institution where hospital treatment of the patient according to emergency indications was carried out. Patients were divided into 3 groups: the 1st (supervision with rehabilitation in out-patient conditions), the 2nd (rehabilitations in the round-the-clock specialized office), the 3rd (comparisons). To all patients continuous reception of pharmacological therapy according to standards of treatment of patients with the sharp coronary syndrome (SCS) was appointed; recommendations of the general character about healthy lifestyle observance are made; laboratory blood tests, electrocardiography and heart echocardiography, holterovsky (daily) monitoring of the electrocardiogram, assessment of degree of heart failure on the scale of an assessment of a clinical state (SACS) and the test of 6 minute walking, a commitment assessment to treatment with use of test of Moriski-Green, an assessment of quality of life of patients with heart failure on the Minnesota questionnaire, an assessment of episodes of repeated hospitalization concerning Construction Department and lethal outcomes are carried out. In addition to the 1st group of patients “Health school” and LFK, the 2nd group - a rehabilitation course in specialized office of recovery treatment of GBUZ NSO GKB №19 were on an outpatient basis carried out. Results. On achievement of commitment to treatment, estimates of an average value of quality of life, episodes of repeated Construction Departments, to reduction of weight of a functional class of heart failure indicators of patients of the 1st group surpassed data on patients of the 3rd group, but conceded to the 2nd. Conclusion. Use of rehabilitation actions at an out-patient and polyclinic stage of treatment of patients with transferred IT as element of secondary prevention of cardiovascular complications positively influence final points irrespective of a method of a revascularization of a myocardium.

Keywords. Secondary prevention, myocardial infarction, myocardium revascularization, medical physical culture (MPC).

Статья поступила 8 сентября 2014 г.