

УДК: 616.127-005.8-036.82/86+615.015

## Современные направления реабилитации и вторичной профилактики, используемые после перенесенного инфаркта миокарда

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна

### Modern trends in rehabilitation and secondary prevention used after myocardial infarction

O.N. Kryuchkova, Itskova E.A., Y.A. Lutai, E.U. Turna.

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», кафедра терапии и семейной медицины ФПО, Симферополь***Ключевые слова:** кардиореабилитация, инфаркт миокарда

**С**ердечно-сосудистые заболевания, прежде всего ишемическая болезнь сердца (ИБС), в Российской Федерации, как и в большинстве экономически развитых стран мира в течение многих лет являются главной причиной заболеваемости и смертности. Несмотря на положительные тенденции, достигнутые в лечении ИБС, благодаря внедрению в клиническую практику современных медикаментозных направлений лечения и хирургических методов реваскуляризации, больные, перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ), имеют крайне высокий риск неблагоприятного исхода [7,10]. Улучшение прогноза у данной категории больных может достигаться не только своевременной и оптимальной коррекцией острого коронарного синдрома (ОКС), но и разработкой и использованием методов реабилитации и обязательной вторичной профилактики. Установлено, что комплексная кардиореабилитация улучшает клиническое течение заболевания, оказывает положительное влияние на торможение прогрессирования атеросклероза, повышает толерантность к физической нагрузке, нормализует липидный спектр крови, позитивно воздействует на статус курения и психологическое

состояние пациента [12]. В итоге эффекты кардиореабилитации способствуют снижению суммарного сердечно-сосудистого риска

Направление кардиореабилитации, являющееся мультидисциплинарной задачей активно развивается и совершенствуется, что находит отражение в современных рекомендациях Европейской ассоциации кардиологов, Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации. Российским обществом кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики совместно с Российским кардиологическим обществом и Союзом реабилитологов России разработан проект первых Национальных рекомендаций по реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Рекомендации обобщают данные доказательной медицины по проблеме, опыт российских исследователей и национальные особенности развития кардиореабилитационной

*1295006, Россия, Симферополь, Крым, бульвар Ленина 5/7, e-mail office@csmu.strace.net*

системы в стране.

Современные кардиореабилитационные программы способствуют не только восстановлению физического и социального функционирования, но и являясь важным разделом вторичной профилактики способствуют улучшению выживаемости больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, по определению Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации 2005 г., кардиореабилитация представляет собой скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, дополнительно к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже – обратному развитию атеросклеротического процесса, и вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность [3,12].

**Основными направлениями комплексных кардиореабилитационных программ являются:**

- ✓ обучение пациентов по вопросам, связанным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, информирование их о благоприятно влияющих на течение заболевания и долгосрочную выживаемость изменения образа жизни и модификации факторов риска данных заболеваний в рамках программы «Школа для больных, перенесших ОКС/ОИМ, и их родственников»;
- ✓ участие пациентов в различных программах физической реабилитации и длительных физических тренировок, в том числе неконтролируемых («домашних») тренировок;
- ✓ психологическая адаптация к наличию хронического заболевания, а также повышение мотивации пациентов к участию в программах кардиологической реабилитации, в том числе с помощью специалистов (психологов, психотерапевтов).

Закон «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» 2011 г. предусматривает внедрение в стране современной системы кардиологической реабилитации [8,13]. Планируется создание мультидисциплинарных центров реабилитации со стационарным и диспансерно-поликлиническим отделами. Система кардиологической реабилитации должна основываться на таких основных принципах, как этапность, мультидисциплинарность, обоснованность, индивидуальность, непрерывность, доступность, ориентированность на четко сформулированную цель, информированность пациентов и формирование у них «правильного» ожидания от реабилитационной помощи.

Реабилитация больных ОИМ предполагает три этапа: первые два в стационаре, в том числе реабилитационном кардиологическом отделении, и третий – поликлинический, выполняющийся в диспансерно-поликлиническом отделе специализированного Центра кардиологической реабилитации,

или мультидисциплинарного Центра медицинской реабилитации [2, 5, 15]. На всех этапах комплексная программа требует взаимодействие различных специалистов-кардиологов, интервенционных кардиологов, кардиохирургов, врачей ЛФК, инструкторов/методистов ЛФК, массажистов, клинических психологов, психотерапевтов, диетологов, физиотерапевтов, врачей функциональной диагностики, медицинских сестер, социальных работников. В Крыму, созданная в Советском Союзе комплексная программа реабилитации больных, перенесших ОИМ предполагала также санаторно-курортный этап реабилитации. Накопленный в специализированных кардиологических санаториях южного берега Крыма за эти годы уникальный клинический опыт в настоящее время может быть использован в создании и разработке современных подходов.

Эффективность мер кардиологической реабилитации во многом определяется реабилитационным потенциалом пациента [4, 6, 9]. Основным контингентом для продолжительной комплексной реабилитации с применением всего реабилитационного набора программ и методов реабилитации являются пациенты со средним реабилитационным потенциалом. У больных с низким реабилитационным потенциалом каждый этап реабилитации должен быть более продолжительным, применяемые физические нагрузки меньшими по интенсивности и объему, а экспозиция применения осторожно повышающихся уровней физической активности более продолжительной.

В остром периоде инфаркта миокарда расширение физической активности должно проводиться индивидуально с учетом прогноза пациента, для чего рекомендуется использовать шкалу GRACE [11,14] и реабилитационную классификацию тяжести состояния больных ОИМ в острой фазе и в фазе рубцевания миокарда, предложенную профессором Ароновым Д.М (1983 г., в модификации 2014 г.) [1.]. В проекте Национальных рекомендаций по реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы рассмотрены практические подходы к расширению физической нагрузки и схемы лечебной физкультуры (ЛФК) на каждом этапе стационарного лечения, в зависимости от прогноза больного. Подчеркивается, что такой подход может сократить и оптимизировать сроки пребывания больного в стационаре.

Отдельный раздел проекта рекомендаций посвящен разработке этапов обучения и информация, рекомендуемых пациентам с ОИМ и членам его семьи, начиная с момента поступления в стационар и на всем протяжении длительного амбулаторного этапа реабилитации. Предложена образовательная программа «Школа для больных, перенесших ОИМ», которая является важной составляющей в комплексной реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших ОИМ (доказательность: класс I, уровень A). Подчеркивается, что при

отсутствии образовательной программы никогда не удастся использовать в полной мере преимущества и достоинства самых эффективных лекарств и других методов терапевтического воздействия. Доказано, что неэффективность медикаментозного лечения в половине случаев объясняется неправильным отношением больных к предписанным средствам (произвольное уменьшение дозы препарата, самопроизвольные перерывы в их приеме, даже элементарное неиспользование этих препаратов). Основные причины низкой приверженности больного к рекомендованному лечению – отсутствие мотивации из-за недостатка информации о важности и пользе лечения. Участие больного в работе «Школы для больных, перенесших ОИМ» позволяет повысить эффективность проводимой вторичной профилактики ИБС.

В реабилитационных стационарных отделениях постепенно восстанавливается физическая работоспособность больного и происходит психологическая переориентация на выздоровление. Этот этап реабилитации должен стимулировать дальнейшую компенсацию нарушенных функций организма. Продолжается медикаментозное лечение, дальнейшее расширение двигательной активности, постепенно увеличивается интенсивность комплекса ЛФК. Больного знакомят с тренажерами (велотренажер, беговая дорожка, степпер и другие виды) и обучают по программе физических тренировок. Первые подходы к велотренажеру в кардиореабилитационном стационаре и даже имитация «езды» на нем (при отсутствии нагрузки, на холостом ходу) имеют большое психомотивизирующее значение для обращения больного в поликлинический отдел, где подобные тренировки являются ведущим и наиболее эффективным методом.

В проекте Национальных рекомендаций по реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы подробно приведены подходы к проведению физических тренировок: виды физических тренировок, методика проведения, методы расчета нагрузок и контроля состояния пациента во время физических тренировок.

Очень важным направлением в восстановлении больных, перенесших ОИМ, является психологическая реабилитация. В данной категории пациентов в большом проценте случаев развиваются тревожно-депрессивные расстройства, которые не только выражено снижают качество жизни пациента и приверженность к проводимому лечению, но и отрицательно влияют на прогноз. Больным с тревожными, депрессивными или другими психологическими отклонениями (расстройствами личности с явлениями невропатии, аберрантной ипохондрии, аффективными нарушениями и т.д.) в период прохождения кардиореабилитации необходима консультация психотерапевта или психолога и проведение соответствующих психотерапевтических

мероприятий.

Важным этапом является выписка из стационара. Проводится дополнительная оценка состояния и прогноза больного, в том числе с применением пробы с физической нагрузкой.

#### **Больной перед выпиской должен получить конкретную информацию:**

1. Кто будет вести его после выписки из стационара?
2. Сможет ли он попасть в группу кардиореабилитации в поликлиническом отделе центра реабилитации (или в эквивалентной ему городской поликлинике)?
3. Какие лекарства он должен принимать?
4. Какую физическую активность он может и не может выполнять (в бытовом плане)?
5. Какую физическую тренировку под самоконтролем рекомендуется ему выполнять?
6. Сможет ли он продолжить трудовую деятельность в последующем?

Ответы на эти и другие вопросы должны быть отражены в выписке из истории болезни.

Третий этап кардиореабилитации самый важный, он длится всю оставшуюся жизнь и требует мультидисциплинарного подхода [12].

#### **В поликлиническом отделе кардиореабилитации больной участвует в контролируемых реабилитационных программах, которые включают в себя:**

- ✓ программы контролируемых физических тренировок,
- ✓ образовательную программу – «Школа для больных, перенесших ОИМ, и их родственников»,
- ✓ программу психологической реабилитации,
- ✓ программы по модификацию факторов риска с участием диетолога, специалиста по антикурению.

Активный период ведения больного в поликлинических условиях завершается через 3-4 месяца (в ряде случаев до 5-6 месяцев). Далее больному назначаются неконтролируемые физические тренировки, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Продолжается программа модификации факторов риска.

Тщательно выполняется медикаментозная терапия, подобранная в стационаре и включающая в себя препараты для вторичной профилактики (антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов к ангиотензину II). Вторичная профилактика так же включает контроль модифицируемых факторов риска ИБС и лечение артериальной гипертензии сердечной недостаточности, сахарного диабета. На третьем этапе больные, перенесшие ОИМ, могут быть направлены в кардиологические санатории как хронические больные, соответствующие критериям санаторного

лечения.

Основной задачей психологической реабилитации на третьем этапе является закрепление и поддержание ранее достигнутого эффекта. Необходимо продолжать контакты с больным, поддерживая его мотивацию к выздоровлению. При этом элементы психотерапии могут сочетаться с медикаментозной терапией тревожно-депрессивных расстройств. Семейная психотерапия позволяет активнее включать в реабилитационный процесс родных и близких пациента, формировать поддерживающее окружение.

Очень важно прорабатывать вопросы взаимодействия больного, перенесшего ОИМ с социальными службами для его социальной адаптации в обществе и решения проблемы занятости из-за временной, частичной или полной утраты трудоспособности.

Проект первых Российских рекомендаций по реабилитации больных, перенесших ОИМ, основывается на новых законодательных актах и порядках по медицинской реабилитации, принятых в России за последние годы. Этот документ должен помочь кардиологу и врачам других специальностей в реальной практической работе с пациентами.

### Литература

Аронов Д.М. Программы физических тренировок с целью профилактики сердечнососудистых осложнений у практически здоровых людей, имеющих различные факторы риска ИБС (методическое пособие для специалистов по медицинской профилактике). Профилактическая меди-

цина, 2014.-N 4.-С.57-65.

Арутюнов Г.П. Кардиореабилитация. – МЕДпресс-информ, 2013. – 336 с.

Барбараш О.А., Капитал В.В. Место фармакоинвазивной тактики ведения пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в России. Кардиология, 2014.-N 9.-С.79-85.

Лаврова Д.П. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях / Д.П. Лаврова, М.М. Косичкин, О.С. Андреева и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 3. – С. 10-14.

Ниебауэр Дж. Кардиореабилитация: практическое руководство // Логосфера. – 2012. – 328 с.

Основы медико-социальной экспертизы // А.А. Осадчих, С.Н. Пузин, Д.П. Лаврова и др. – М.: Медицина, 2005. – 448 с.

Раманова В.П. Факторы, обуславливающие выбор эффективных программ реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда / В.П. Раманова // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т.17, №4. – С.87 – 91.

Российская газета № 5639 от 23 ноября 2011 г.

Суджаева С.Г., Суджаева О.А. Реабилитация после реваскуляризации миокарда. — М.: Медицинская литература, 2008 — 128 с.

Федеральная служба государственной статистики. Россия в цифрах. 2008.

Fox K.A., Goodman S.G., Klein W. et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. Finding from Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Eur Heart J 2002;23:1177-1189. [http://scardio.ru/content/Guidelines/Project\\_reabilit\\_190514.pdf](http://scardio.ru/content/Guidelines/Project_reabilit_190514.pdf). <http://www.pravo.gov.ru>.

The GRACE Investigators. Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) project: a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. Am Heart J 2001;141:190–199.

World health organization. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, 2009.

## Современные направления реабилитации и вторичной профилактики, используемые после перенесенного инфаркта миокарда

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна

Улучшение прогноза больных, перенесших острый инфаркт миокарда, может достигаться не только своевременной и оптимальной коррекцией острого коронарного синдрома, но и разработкой и использованием методов реабилитации и обязательной вторичной профилактики. Российским обществом кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики совместно с Российским кардиологическим обществом и Союзом реабилитологов России предложен проект первых Национальных рекомендаций по реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Рекомендации обобщают данные доказательной медицины по проблеме, опыт российских исследователей и национальные особенности развития кардиореабилитационной системы в стране.

Основными направлениями комплексных кардиореабилитационных программ являются: обучение и информирование пациентов, участие пациентов в различных программах физической реабилитации и длительных физических тренировок, психологическая адаптация к наличию хронического заболевания. Система кардиологической реабилитации должна основываться на таких

основных принципах, как этапность, мультидисциплинарность, обоснованность, индивидуальность, непрерывность, доступность, ориентированность на четко сформулированную цель, информированность пациентов и формирование у них «правильного» ожидания от реабилитационной помощи.

Ключевые слова: кардиореабилитация, инфаркт миокарда.

## Modern trends in rehabilitation and secondary prevention used after myocardial infarction

*O.N. Kryuchkova, Itskova E.A., YA. Lutai, E.U. Turna.*

Improved prognosis of patients after acute myocardial infarction, can be achieved not only by timely and appropriate correction of acute coronary syndrome, but also the development and use of rehabilitation methods and compulsory secondary prevention. Russian society cardiosomatic rehabilitation and secondary prevention in collaboration with the Russian cardiological society and the Union rehabilitators Russia proposed a draft of the first National recommendations on rehabilitation and secondary prevention in patients after the acute myocardial infarction with ST-segment elevation in the electrocardiogram. Recommendations summarize the data of evidence-based medicine on the problem, the experience of Russian researchers and national peculiarities of development cardiorehabilitation system in the country.

The main areas of complex cardiorehabilitation programs are: education and patient information, patient participation in various programs of physical rehabilitation and long-term physical training, psychological adaptation to chronic illness. System of cardiac rehabilitation should be based on such basic principles as stages, multidisciplinary, validity, identity, continuity, accessibility, focus on clearly defined objective, informed patients and the formation of their "correct" expectations for rehabilitation assistance.

Key words: cardiorehabilitation, myocardial infarction