

## ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

## КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В РОССИИ - ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Аронов Д.М., Оганов Р.Г.

ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ; директор - акад. РАМН Р.Г.Оганов

По определению рабочей группы Всемирной организации здравоохранения, реабилитация кардиологических больных - это совокупность мероприятий, необходимых для обеспечения сердечных больных оптимальными физическими, психическими, социальными условиями, которые позволили бы им по возможности занять нормальное место в обществе [ВОЗ, 1969].

Следует добавить, что в настоящее время кардиологическая реабилитация связана со вторичной профилактикой в единый, неразрывный комплексный процесс, наиболее полно отвечающий задачам современной медицины. Эта идея постулировалась с самого начала реабилитационного направления - мероприятия по вторичной профилактике также входили в задачу третьего, так называемого, поддерживающего, этапа реабилитации. Несмотря на признание необходимости мероприятий по вторичной профилактике в прежнем определении реабилитации, современная ее интерпретация делает ее более обязательной и действенной. Таким образом, создаются предпосылки к достижению самой важной медицинской задачи - сохранению и удлинению жизни больного человека и удлинению срока его жизни. Это тем более важно, что до настоящего времени еще нет убедительных доказательств возможности снижения риска смерти больных инфарктом миокарда под влиянием реабилитационных мероприятий без вторичной профилактики. Публиковавшиеся в семидесятые годы сведения о снижении под влиянием реабилитации на 20-25% смертности среди больных инфарктом миокарда были получены в дотромболитическую эру [Balady J. I. и соавт., 1994].

В табл. 1 представлены клинические эффекты, достигаемые под влиянием собственно реабилитационных мероприятий и мероприятий по вторичной профилактике.

Рассмотрим наиболее актуальные проблемы на различных этапах реабилитации.

На госпитальном этапе по-прежнему остается

актуальной проблема выбора оптимальной продолжительности стационарной помощи больному инфарктом миокарда.

В западных странах и в России этот вопрос решается по-разному. Ввиду чрезвычайно высокой стоимости койко-дня в западных странах превалирует тенденция к максимальному сокращению срока пребывания больного с ИМ в стационаре (речь идет о неосложненном течении болезни). В США этот срок в среднем равен 8, в Австралии - 10 дням [Goble A. и Workaster M., 1999]. Тем не менее, продолжают исследования по сокращению указанных сроков.

Исследование SHOT (2000) с ранней выпиской из стационара (на 7-й день) больных с неосложненным ИМ является одним из крупных в этом направлении. Из 647 больных, у которых был определен неосложненный инфаркт миокарда, 282 были выписаны из стационара до 8-го дня. В течение 1 месяца среди них не случилось ни одной смерти. У 1,8% больных произошли серьезные осложнения. Таким образом, это исследование свидетельствует об относительной безопасности ранней выписки больных ИМ из стационара. В другой подобной работе [Senaratne I. и соавт., 1999], из 400 больных неосложненным ИМ были выписаны домой из блока интенсивной терапии 31%; до 5 дней - 52%; до 7 дней - 85% больных (средняя продолжительность пребывания в стационаре - 5 дней). Из этих больных в первые 48 часов после выписки 28% были вынуждены вновь незапланированно обратиться в больницу в связи с разными медицинскими причинами, что указывает на преждевременность ранней выписки, по крайней мере, 1/3 указанных больных.

По результатам кооперативного исследования по раннему переводу больных неосложненным ИМ в реабилитационное отделение санатория (14-й, 18-й день, соответственно, при нижнем и переднем ИМ; контрольная группа - в среднем через 27 дней), проведенного под эгидой Кардиологического научного центра

Таблица 1

## Клинические эффекты реабилитации и вторичной профилактики у кардиологических больных

| Эффекты реабилитации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Эффекты вторичной профилактики                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Повышение физической работоспособности и функционального класса больного</li> <li>- Прекращение или уменьшение числа приступов стенокардии</li> <li>- Уменьшение или отмена антиангинальной терапии</li> <li>- Восстановление психологического статуса</li> <li>- Предотвращение инвалидизации</li> <li>- Рациональное трудоустройство</li> <li>- Улучшение качества жизни</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Предупреждение осложнений и обострений болезни (нестабильной стенокардии, ИМ, инсульта, СП, внезапной смерти)</li> <li>- Предотвращение смертельных исходов</li> <li>- Увеличение продолжительности жизни</li> <li>- Улучшение качества жизни</li> </ul> |

РАМН [Коган-Пономарев М.Я. и соавт.; 1994] установлено, что при наблюдении за больным в течение 1 года, по частоте летальных случаев, повторных ИМ, стенокардии, показателям инвалидизации и трудоспособности, результатам ВЭМ-пробы и суточного мониторирования ЭКГ, между основной и контрольной группами различий не выявлено. Однако обнаружено достоверно частое обострение ИБС за 12 мес. у больных основной группы (23% против 8% в контрольной группе,  $p < 0,05$ ).

Приведенные сроки «ранней» в нашем понимании выписки аналогичных больных превосходят сроки, принятые в западных странах и, тем не менее, число обострений на первом году оказалось значительно более частым, чем в контрольной группе больных, выписавшихся из стационара значительно позже.

Кроме того, следует иметь в виду, что в ранние сроки после ИМ у части больных, в том числе с неосложненным течением, находят предвестники потенциальных осложнений. Так, Yamaguchi O. и соавт [1999] у 24% больных в венечных артериях находили тромбы, а Goldstein J. A. и соавт. [1999] при ангиографии венечных артерий, не являющихся причиной инфаркта, находили нестабильные бляшки.

Автор редакционной статьи журнала «Еuroп. Heart. J.» Slany J. [2000], обсуждающий приведенные результаты исследования SHOT, отмечает: «...единственное, о чем умалчивают авторы статьи, это вопрос о том, куда они выписывают больного».

В условиях нашей страны с большим коечным фондом, отсутствием элементарных возможностей для внебольничной реабилитации, серьезными финансовыми проблемами при приобретении необходимых медикаментов, ранняя выписка из стационара вряд ли является экономически оправданной; других же преимуществ, кроме меньших затрат на лечение в стационаре, ранняя выписка не имеет.

Западные врачи, выписывающие очень рано своих больных, уверены, что их больные не останутся без современной медицинской помощи [Slany J., 2000]. Наши же больные после подобной выписки оказываются в трудной ситуации. В лучшем случае они будут получать более или менее адекватную медикаментозную терапию, но вопросы физической и психологической реабилитации, устранение факторов риска, правильная диета и контроль за липидемией остаются до сего времени невыполнимыми.

Хорошее исключение составляют больные, которым выпадает удача быть направленными в реабилитационные отделения местных санаториев, созданных еще в советские времена. Следует признать, что в настоящее время в России эти отделения реабилитации являются отлично организованными учреждениями для больных, перенесших острую коронарную патологию и аортокоронарное шунтирование (АКШ). В бывшем СССР, благодаря созданию Государственной системы комплексной поэтапной реабилитации, бесплатному её характеру, были достаточно серьезные достижения в реабилитации больных, перенесших ИМ. В настоящее время, в совершенно иных условиях, многие до-

стижения здравоохранения и медицины СССР, особенно в сфере реабилитации, утеряны. Тем не менее, и сейчас предоставление больным инфарктом миокарда бесплатных путевок в реабилитационные отделения местных санаториев сохраняется, но в меньшем объеме. Число коек в них сократилось со 110 тыс. до 40 тыс. Количество больных, которым может быть реально предоставлена путевка для реабилитации после инфаркта миокарда, в целом не превышает 35-40%. Так, по данным Фонда социального страхования, в 1999 году отделения реабилитации для кардиологических больных в местных санаториях функционировали в 52 регионах. За год было предоставлено около 28500 путевок для санаторной реабилитации по схеме «стационар-санаторий» больным, перенесшим острый инфаркт миокарда и операцию АКШ (число последних исчисляется всего лишь сотнями). Фонд полагает, что процесс долечивания в отделениях реабилитации в указанном году составил для мужчин и женщин трудоспособного возраста около 55% и 27% соответственно, от числа нуждающихся. Таким образом, значительная часть больных остается без специализированной реабилитационной помощи в один из сложных периодов эволюции острой коронарной патологии (с ее возможными опасностями) в стабильно протекающий постинфарктный кардиосклероз.

При этом следует учесть, что указанные проценты охвата постстационарной реабилитационной помощи относятся к лицам трудоспособного возраста. Огромная часть больных инфарктом миокарда (лица пенсионного возраста) практически подвергается дискриминации по возрастному признаку, так как они не имеют возможности получить реабилитационную путевку или приобрести ее за свой счет.

Таким образом, одним из животрепещущих вопросов практической кардиологии настоящего времени в России является вопрос: «Куда и когда выписывать больных после острых коронарных инцидентов?» Ввиду неутешительного ответа на вопрос «куда?» (единственная возможность для подавляющего большинства - под наблюдение поликлиники по месту жительства) приобретает актуальность вопрос: «когда?». Институт клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова РК НПК МЗ РФ продолжает придерживаться установленных сроков перевода больных инфарктом миокарда в реабилитационные отделения санаториев: через 14 дней от начала болезни при неосложненном нижнем, через 18 дней - при неосложненном переднем и после 30 дней - при других формах острого инфаркта миокарда. С точки зрения социальной защиты такой подход является вполне обоснованным. Большим преимуществом такого подхода является большая безопасность жизни больного, более быстрое и эффективное восстановление больного в условиях надлежащего медицинского контроля. Больший, по сравнению с западным, койко-день с лихвой компенсируется относительно низкой стоимостью койко-дня в России и более стабильным состоянием больных к моменту выписки. Поэтому административные установки некоторых руководителей клиник и больниц на раннюю, на за-

падный манер, выписку больных ИМ из стационара следует признать неоправданными.

Признав, что мы не в состоянии обеспечить, хотя бы большинство, больных после острых коронарных инцидентов специализированной ранней постстационарной реабилитацией, нам следует срочно изыскивать альтернативные возможности для обеспечения такой помощи. В докладе экспертов ВОЗ [1993], посвященном реабилитации больных кардиологического профиля в развивающихся странах, даны рекомендации по упрощению и удешевлению реабилитационной помощи за счет использования простого и доступного оборудования и оснащения, использования для выполнения программ тренировок любых медицинских работников (врачей, мед.сестер, физиотерапевтов), интегрирования реабилитационных программ в существующую систему медицинской помощи населению. Считается необходимым оказывать реабилитационную помощь при сердечно-сосудистой патологии, независимо от пола и возраста. Непременным атрибутом внедряемых программ реабилитации должна явиться методика оценки эффективности программ реабилитации и разработка ее критериев [ВОЗ, 1993].

С учетом сказанного, необходимо развивать новые организационные формы реабилитационной помощи и методы их финансового обеспечения. В этом плане большое значение имеет выполнение реабилитационных мероприятий по месту жительства больного, а также, частично, по месту его работы [De Busk R. F. и соавт., 1985; Fletcher G. F. и соавт., 1984]. Есть опыт выполнения реабилитационных мероприятий, особенно физического их аспекта, в домашних условиях по индивидуальной программе, которая определяется лечащим врачом. Подобный опыт и центры реабилитации, контролируемые по телефону тренировки в домашних условиях или на производстве, существует во многих странах. В нашей стране таких центров нет, хотя потребность в них является значительной; поэтому одной из задач здравоохранения является поощрение создания реабилитационных центров на коммерческой или комбинированной основе, выполняющих реабилитационные программы не только на своей базе, но и на производстве или в домашних условиях. Более реальной формой реабилитации становится возможность проведения тренировок и реабилитации больных в домашних условиях. В прежние годы эта задача для нас была невыполнима в связи с отсутствием специальных тренажеров и другого оборудования, доступного для приобретения больными. Сейчас вполне доступны компактные индивидуальные тренажеры, а также устройства в виде миниатюрных измерителей кровяного давления и частоты пульса, которые можно использовать для контроля за тренировочным процессом в домашних условиях [Аронов Д.М., 1998].

Упрощение реабилитационных программ заключается еще и в том, что во многих странах пришли к заключению, что комплексная программа реабилитации должна состоять из трех компонентов: 1) программы физических тренировок; 2) необходимой двигательной активности в

быту; 3) оценки психосоциального и профессионального статуса больного и оказания ему консультативной помощи при наличии определенных проблем [АНА Medical/Scientific Statement, 1994; WHO, 1993].

Физические тренировки являются обязательным и весьма эффективным компонентом реабилитации для всех кардиологических больных, включая лиц с тяжелой сердечной недостаточностью, независимо от ее этиологии.

Положительные эффекты физических тренировок на больных с сердечно-сосудистой патологией весьма многоплановы. Установлено, что под их влиянием уменьшается смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Мета-анализ исследований с применением длительных тренировок у больных КБС показывает снижение риска кардиальной смертности на 20-25%, хотя при этом не обнаружено достоверного уменьшения числа инфарктов миокарда [АНА Medical/Scientific Statement, 1994; WHO, 1993].

Оказывая комплексное влияние на многие механизмы развития атеросклероза, систематические физические тренировки весьма благоприятно влияют на торможение прогрессирования коронарного атеросклероза и его обратное развитие у больных КБС. В так называемом Гейдельбергском исследовании [Shuler G. и соавт., 1992] после 12-месячных тренировок прогрессирование коронарного атеросклероза наблюдалось у 20% больных, участвовавших в тренировочной программе, и у 42% больных - в контрольной группе; регресс коронарного атеросклероза наблюдался, соответственно, у 30% и 4% больных. Уменьшение выраженности коронарного атеросклероза произошло на фоне снижения общего холестерина крови на 10%, ХС ЛПНП - на 8%, триглицеридов крови - на 24%, достоверного повышения уровня ХС ЛПВП и сопровождалось значительным увеличением показателей физической работоспособности, достоверным снижением ЧСС, систолического АД, увеличением максимального потребления кислорода, снижением дефекта перфузии миокарда при нагрузке. Примерно такие же результаты получены в другом исследовании, где также изучалось влияние тренировок в течение 6 лет на коронарный атеросклероз у больных КБС [Niebauer J. и соавт., 1995]. Кроме того, указанными авторами установлено, что участие больных в подобной программе дисциплинирует их: они более сильно, чем другие, привержены медицинским рекомендациям по выполнению мер по модификации факторов риска.

Как показывают наши данные, физические тренировки у больных КБС влияют положительно на гормональную регуляцию липидов крови, снижая уровень эстрогенов и кортизола и увеличивая концентрацию в крови тестостерона; у больных улучшается психологический профиль, показатели качества жизни [Аронов Д.М. с соавт., 1983]. У больных КБС в сочетании с сахарным диабетом вдобавок к указанным эффектам отмечается достоверное снижение уровня инсулина и гликозилированного гемоглобина, а также значительное уменьшение постпрандиальной (после стандартной жировой нагрузки) атерогенной

гиперлипемии и возрастание уровня ХС ЛПВП и апо А1 белка крови [Аронов Д.М. и соавт., 2000]. Тренировочные программы оказывают положительное влияние также у больных особых групп - у женщин (10, 16 АНА), у пожилых, у лиц с сердечной недостаточностью, в том числе с низкой фракцией выброса (<40%), после трансплантации сердца и, как уже упоминалось, с сопутствующим сахарным диабетом.

Несмотря на общепризнанное значение тренировочных программ в реабилитации кардиологических больных, их значение в практике здравоохранения России ничтожно. Реально краткосрочные (в пределах трех, реже - 12-24 месяцев) используются только в рамках локальных научных исследований в исследовательских медицинских центрах. Относительно широко тренировки используются в кардиологических санаториях страны, в мощных ведомственных медицинских центрах и санаториях, но их значимость для страны в целом ничтожна.

Между тем, главная задача, стоящая перед нами - сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения - не может быть решена без эффективного внедрения по стране мер по физической реабилитации и вторичной профилактике, где одним из главных компонентов воздействия выступают физические тренировки.

Требования, предъявляемые ныне к тренировочным программам, позволяют легче, чем прежде, подойти к их организации. Они должны основываться на следующих положениях:

- должны применяться низкие и умеренные тренировочные нагрузки;
- методики должны быть удобными для использования широким кругом больных;
- даже если они проводятся в группе, должны учитываться индивидуальные особенности отдельного больного;
- проводиться два раза в неделю, но
- подкрепляться домашней программой тренировочной ходьбы;
- длиться не менее 8 недель;
- на тренировочных занятиях на 1 инструктора ЛФК должно «приходиться» не более 10 больных
- программа должна быть составлена методистом ЛФК или специалистом по нагрузкам;
- тренировочные занятия должны проводиться специалистом по ЛФК или по нагрузкам или специально подготовленной медсестрой или трудотерапевтом [Goble A., Workaster M., 1999].

Эти рекомендации взяты из руководства A. Goble, который более, чем другие, знаком с проблемами физической реабилитации, поскольку в течение 8 лет возглавлял Всемирный Совет по кардиологической реабилитации и вторичной профилактике при Международном обществе и Федерации кардиологов. В недавно прошедшем VII Всемирном Конгрессе по кардиологической реабилитации и вторичной профилактике, как и на предыдущих

конгрессах, очень активно дебатировался главный вопрос физических тренировок - каким должен быть уровень тренировочных нагрузок для больных КБС. На протяжении 3 десятилетий противостоят два подхода. Американские и скандинавские (последние уже не так настойчиво) авторы придерживаются мнения о пригодности только высоких уровней нагрузок для физической реабилитации. При этом они ссылаются, в основном, на эпидемиологические данные, показывающие на связь между высокой физической работоспособностью и высоким уровнем бытовых или спортивных нагрузок и на то, что только интенсивные тренировки увеличивают сердечный выброс (на примере здоровых людей). В откровенном противостоянии «высокая VS умеренная нагрузка в кардиологической реабилитации» идеологом интенсивных тренировок на упомянутом конгрессе выступал Fletcher G. F. [США, 2000]. Его рекомендации и их обоснование - интенсивные (более 6 метаболических единиц), 6 раз в неделю, по 30-45 минут тренировки (образцы нагрузок - теннис, бег или ходьба со скоростью более 4 миль/час). Идеологом умеренных физических программ выступал упомянутый выше A. Goble [2000]. Его рекомендации, обобщенные и представленные в руководстве по реабилитации, выглядят следующим образом:

- рекомендуются низкие и умеренные тренировочные нагрузки во всех кардиологических реабилитационных программах - эффект низких и умеренных тренировочных нагрузок таков же, как и эффект умеренных и высоких уровней нагрузок.

- рекомендуются контролируемые тренировки 2 раза в неделю в период конвалесценции, поскольку их эффект равнозначен 3-разовым тренировкам в неделю; контролируемые тренировки должны дополняться домашней активностью или домашней программой нагрузок.

- продолжительность программ конвалесценции должна быть не менее 8 недель;

- для пациентов, по тем или иным причинам неспособных посещать контролируемые тренировки, необходима программа домашних тренировок [Goble A., Worcester M., 1999].

Добавим, что с 80-х годов мы рекомендуем умеренные тренировочные нагрузки для больных ИБС после того, как при сравнении одногодичных тренировок с нагрузками 50%, 75% и 90% от максимальной индивидуальной толерантности, нами были получены лучшие результаты при 50% нагрузках, чем при двух других [Аронов Д.М. и соавт., 1983]. Кроме того, нами установлено, что нагрузки, составляющие 80% и более от максимальной, оказывают проатерогенный эффект на липиды и аполипотеины крови, а нагрузки, равные или ниже 60%, - антиатерогенный [Аронов Д.М. и соавт., 1993].

Таким образом, есть серьезные основания придерживаться более умеренных по интенсивности программ физической реабилитации, значительно упрощающих их внедрение в практику. Такие программы безопасны, не требуют сложных методов контроля, не требуют дорогостоящей аппаратуры для тренировок, могут выполнять-

ся под руководством обученной медсестры. Следовательно, они экономически более приемлемы для общества с финансовыми проблемами.

Следующий актуальный вопрос современной реабилитационной политики связан с состоянием трудоспособности больного после перенесенной болезни. В восьмидесятые годы прошлого столетия в СССР были достигнуты значительные успехи в вопросах определения состояния трудоспособности кардиологических больных, в рациональном их трудоустройстве и предотвращении инвалидизации больных после инфаркта миокарда. Напомним, что свыше 80% больных, перенесших инфаркт миокарда, возвращались на первом году болезни к трудовой деятельности в полном объеме, либо с незначительными ограничениями, либо с неполным рабочим днем. Это не было следствием декретных изменений критериев определения нетрудоспособности после острого инфаркта миокарда. Об этом свидетельствуют результаты крупного кооперативного исследования, в которое были включены 2312 больных острым инфарктом миокарда. При наблюдении за группами больных в течение 2 лет частота и продолжительность временной нетрудоспособности и число нетрудоспособных, частота различных клинических осложнений в течение болезни оказались достоверно выше у больных контрольной группы, по сравнению с группой реабилитации, что подтверждает объективность принятых критериев инвалидности - в противном случае неблагоприятное течение болезни и серьезные ее осложнения оказались бы чаще в основной группе. Относительно ранний и более частый возврат к трудоспособности больных инфарктом миокарда (81,5%), сохранение трудоспособности на II году у подавляющего числа больных (81,1 %) предопределили высокую социально-экономическую эффективность реабилитации больных инфарктом миокарда [Николаева Л.Ф. и соавт., 1982]. В настоящее время наблюдаются отрицательные явления в состоянии трудоспособности населения. Так, по данным Совета по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации [1999] показатель первичной инвалидности от ССЗ возрос с 13,9% в 1980 г до 38,1% в 1994, 40,3% - в 1996 г. и 49,8% - в 1998. Таким образом, этот показатель за 20 лет возрос в 3,5 раза. Показатель инвалидности от ССЗ на 100.000 человек постоянно возрастал в последние 2 десятилетия - со 109 в 1980, до 129 - 1990 г.г. (начало экономических преобразований в стране), со 174 - в 1991 и до 411,2 - в 1996 г.г. В те же годы смертность от ССЗ на 100.000 человек составляла: 692 - в 1980, 620 - в 1991 и 758,3 - в 1996 г. [Госкомстат РФ, 1980 - 2000]. Сопоставление показателей инвалидности и смертности от ССЗ выявляет несоразмерность роста темпов инвалидизации с приростом смертности в одни и те же сроки. Причина такого несоответствия заключается в том, что в годы социально-экономического кризиса, сопровождавшегося не только резким падением жизненного уровня, но и спадом производства, крайне низкой зарплатой, безработицей, сотни тысяч больных и пожилых людей были вы-

нуждены обратиться во ВТЭК для получения инвалидности, поскольку последняя сулила им какие-то социальные льготы.

В то же время, больные, работающие в коммерческой сфере, имеют высокую мотивацию к возвращению к труду. Они предпочитают более быстрое возвращение на рабочее место, порой склонны к преуменьшению тяжести своего заболевания. Большинство этих лиц охотно соглашаются на коронарную ангиографию и хирургические методы вмешательства (ангиопластику сосудов и операцию аорто-коронарного шунтирования — АКШ). Эти особенности больных из разных сфер общественного производства следует учитывать при выборе стратегии лечения и реабилитации в постгоспитальном периоде.

Таким образом, показатель трудоспособности в доперестроечный период - один из главных критериев эффективности реабилитации и вообще медицинской помощи - в период экономического кризиса потерял свою объективность и не может быть достоверным критерием эффективности работы органов здравоохранения.

Следует указать на то, что после периода застоя в развитии реабилитационного направления как научного, так и научно-практического вида деятельности, в последние годы наметился существенный перелом. По инициативе ГНИЦ ПМ МЗ РФ, начиная с 1995 г., организовываются регулярные Всероссийские конференции по вопросам кардиологической реабилитации и вторичной профилактики и Всероссийские рабочие Совещания по этим же вопросам. На них были приняты обращения к Минздраву России с просьбой предоставить официальный статус специалистам, занимающимся работой по реабилитации кардиологических больных, т.е. узаконить специальность реабилитолога-кардиолога, расширить возможности для направления больных по социальному страхованию в реабилитационные санатории, способствовать организации новых форм и методов работы в современных условиях. Кроме того, было принято обращение к Президенту, Правительству, Парламенту и Совету Безопасности России о предоставлении больным, перенесшим острый инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, операцию аортокоронарного шунтирования или баллонную ангиопластику сосудов сердца, льготного обеспечения лекарственными средствами хотя бы на протяжении 1-го (прогностически наиболее опасного для жизни) года. Как известно, эта рекомендация была реализована на практике.

Следующей особенностью настоящего этапа является то, что стала реальностью вторичная профилактика атеросклероза. Имеются в виду результаты последних многочисленных кооперативных исследований, показавших, что атеросклероз — основную причину сердечно-сосудистых катастроф — можно не только эффективно лечить, но даже предупреждать по программе как вторичной, так и первичной профилактики [Скандинавское исследование 4S, 1994; Shephard J. и соавт., 1995]. Это дает возможность воспользоваться результатами, достигнутыми в международных исследованиях, и развернуть ра-

боту по вторичной профилактике заболеваний атеросклеротического генеза среди наших больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Следует напомнить, что в профилактике и лечении атеросклероза, помимо лекарственных средств, важная роль принадлежит антиатеросклеротической диете. Очевидно, что из-за экономических трудностей вряд ли можно надеяться на активность в этом направлении со стороны федеральных органов. Поэтому на федеральном уровне основные усилия должны быть сосредоточены на разработке законодательной поддержки вторичной профилактики, обучении здоровому образу жизни, активизации средств массовой информации и, хотя бы частичной, поддержке региональных программ реабилитации и вторичной профилактики [Оганов Р.Г.; Масленникова Г.Я., 2000].

Ввиду ограниченности финансовых ресурсов, расходы на эти цели должны быть строго обоснованными. Для выбора оптимальных вариантов вторичной профилактики ССЗ необходимо провести математическое моделирование различных моно- и комбинированных программ с учетом национальных особенностей нашей выборки на основе принципа: «большая или равная эффективность при меньшей стоимости программы».

Как указывалось, следующий важный компонент реабилитации и вторичной профилактики - психосоциальное консультирование и обучение, корреляция факторов

риска. Этот аспект деятельности в нашей стране в практическом здравоохранении не выполняется, хотя определенный опыт в этой области имеется; это - выполнение исследовательских программ [Оганов Р.Г., 1998], организация школ для больных и их родственников [Николаева Л.Ф. и соавт., 1988], организация коронарных клубов [Горбаченков А.А., Поздняков Ю.М., 1999].

Этот весьма важный во вторичной профилактике раздел деятельности предстоит разрабатывать и внедрять в нашу практику с чистого листа.

Таким образом, для полноценного медицинского обслуживания больных после острых коронарных инцидентов и операций на сердце и сосудах, в первую очередь, следует сосредоточить основное внимание на разработке и внедрении в практику относительно простых, доступных, не требующих сложных методов контроля за состоянием больных, методов реабилитации и вторичной профилактики, с использованием как накопленного нами собственного опыта, так и последних рекомендаций международных организаций. Среди предстоящих задач приоритетными должны стать задачи практического обеспечения второй и третьей фаз реабилитации, соответствующие фазам конвалесценции и вторичной профилактики.

*Поступила 30.03.2001*

\* \* \*