

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭФФЕКТ КОМПЛЕКСНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кутузова А.Э.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург

Резюме

Широкая распространенность и неблагоприятный прогноз хронической сердечной недостаточности (ХСН) определяют актуальность изучения новых комплексных подходов к лечебно-реабилитационным мероприятиям у данной категории больных. В работе оценивали эффективность мультидисциплинарной реабилитации больных с ХСН ишемической этиологии. Исследованы 255 больных ХСН I-IV (NYHA) ишемического генеза. Оценивались комплексные результаты психологической коррекции, а также курсов (стационарных и долгосрочных, 12-месячных) занятий тренирующей ходьбой, дозируемой с помощью метода ранжирования субъективных ощущений Борга. У пациентов с ХСН ишемического генеза зарегистрировано мультидисциплинарное позитивное воздействие различных аспектов реабилитационного вмешательства — психологической коррекции и физических тренировок как на психический статус, так и на переносимость физических нагрузок.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, комплексная реабилитация, тренирующая ходьба, метод Борга, психологическая коррекция.

В последнее десятилетие хроническая сердечная недостаточность (ХСН), осложняющая течение сердечно-сосудистых заболеваний, стала одной из существенных проблем здравоохранения. Широкая распространенность, неблагоприятный прогноз [1], а также высокая смертность и частота повторных госпитализаций [3] определяют актуальность изучения новых подходов к лечебно-реабилитационным мероприятиям у данной категории больных. В частности, до настоящего времени остаются открытыми вопросы о целесообразности и методологии комплексного мультидисциплинарного реабилитационного вмешательства у пациентов с ХСН.

Цель исследования: оценить эффективность мультидисциплинарной реабилитации больных с ХСН, развившейся на фоне ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы

В исследование были включены 255 больных с ХСН ишемического генеза, находившиеся на лечении в клинике Федерального центра им. В.А. Алмазова и получавшие обязательную медикаментозную терапию сердечной недостаточности ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, β_1 -адреноблокаторами, мочегонными, антагонистами рецепторов к альдостерону. Исходно, после стабилизации состояния, а также на этапах динамического наблюдения у всех пациентов оценивалась переносимость физических нагрузок с помощью теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ). Интенсивность возникавших при выполнении теста жалоб ранжировалась по 11-балльной шкале Борга и суммировалась [11]. На этапах ис-

следования выраженность аффективных расстройств больных изучалась с помощью самооценочных шкал депрессии Зунга и тревожности Спилбергера; определение ведущих механизмов «совладания» (копинг-поведения) со стрессовой ситуацией хронической жизнеугрожающей соматической патологией осуществлялось в соответствии с методикой Хейма; диагностика защитных психологических механизмов — с помощью опросника Плутчика-Келлермана. Для оценки выраженности алекситимии (неспособности субъекта выражать и регулировать возникающие эмоции) применялась Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Динамика качества жизни (КЖ) исследовалась с помощью неспецифической методики SF-36. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Statistica.

Для решения задач исследования больные были разделены на группы. Эффект физической реабилитации оценивался в группе физических тренировок (ФТ), сформированной из 123 больных (78 мужчин и 45 женщин), средний возраст которых составил $61 \pm 0,87$ год. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе был отмечен у 48%, артериальная гипертензия (АГ) — у 71% больных группы. ХСН I функционального класса (ФК) регистрировалась в 10%, II ФК — в 36%, III ФК — в 44%, IV ФК (NYHA) — в 10% случаев. По данным эхокардиографического исследования средние значения фракции выброса левого желудочка (ФВ) составили $43,7 \pm 1,4\%$. После стабилизации состояния изъявившие добровольное согласие пациенты вовлекались в индивидуальные ежедневные занятия дозированной ходьбой. Длительность первого занятия составляла 8 минут с последующим постепенным уве-

Таблица 1

Результаты ТШХ у больных групп ФТ и сравнения (М±m)

Показатели	Группа ФТ (n=123)		Группа сравнения (n=107)	
	Исходно	Перед выпиской	Исходно	Перед выпиской
ТШХ, метры	308±11	361±10 * #	309±12	331±13
Одышка, баллы	1,6±0,2	1,04±0,2 *	1,7±0,2	1,2±1,0
Боли, баллы	1,0±0,2	0,4±0,1 *	1,1±0,2	0,6±0,2
Усталость, баллы	1,1±0,2	0,9±0,2	1,2±0,1	0,9±0,2
Усталость ног, баллы	1,4±0,2	1,2±0,2	1,4±0,2	1,1±0,2
Головокружение, баллы	0,5±0,1	0,3±0,1	0,6±0,1	0,2±0,1 *
Сердцебиение, баллы	1,2±0,3	0,7±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2
Сумма баллов по шкале Борга	6,4±0,7	4,7±0,7	6,5±0,6	5±0,6

Примечание: * – различия показателей при поступлении и перед выпиской достоверны, $p<0,05$; # – различия показателей в группах ФТ и сравнения достоверны, $p=0,026$.

личением до 20 – 60 минут перед завершением госпитального этапа реабилитации. Скорость ходьбы устанавливалась больными самостоятельно в соответствии со своими ощущениями (жалобами), которые не должны были превышать «умеренных» (балл 3 по 11-балльной шкале Борга). После выписки из стационара пациентам было рекомендовано продолжить самостоятельные амбулаторные ФТ по освоенной методике до 3 раз в неделю. В этом случае, обязательными условиями для обеспечения их безопасности были стабильное состояние и неукоснительное соблюдение режима приема рекомендованной медикаментозной терапии. В группу сравнения вошли 107 больных (78 мужчин и 29 женщин), средний возраст которых составил $62\pm0,88$ года. ИМ в анамнезе регистрировался в 54%, АГ – в 92% случаев. ХСН I ФК отмечалась в 8%, II ФК – в 51%, III ФК – в 32%, IV ФК (NYHA) – в 9% случаев. Средние значения ФВ составили $43,7\pm1,4\%$. Динамическое наблюдение за пациентами групп ФТ и сравнения осуществлялось перед выпиской из стационара, через 3 и 12 месяцев.

25 больных (6 мужчин и 19 женщин) в возрасте $60\pm2,03$ года и с ФВ $54,2\pm3,6\%$, у которых, помимо клинических проявлений ХСН ишемической этиологии, были верифицированы психологическая напряженность и тревожно-депрессивные расстройства, составили группу психорегулирующего вмешательства (ПВ). ИМ в анамнезе регистрировался у 20%, АГ – у 76% пациентов группы. ХСН I ФК отмечалась в 12%, II ФК – в 64%, III ФК – в 16%, IV ФК – в 8% случаев. Краткосрочный (стационарный) курс психорегулирующих тренировок состоял из 6 занятий, на которых изъявившие добровольное согласие компенсированные стабильные пациенты, находившиеся на лечении в кардиологическом отделении, обучались специалистом-психологом приемам аутогенной тренировки и релаксации. Для объективизации результатов ПВ из пациентов группы сравнения была выделена подгруппа аффективных расстройств (невмешательства), в которую вошли 36 больных (16 мужчин и 20 женщин) с верифи-

цированными тревожно-депрессивными расстройствами. Средний возраст пациентов подгруппы составил 62 ± 2 года, значения ФВ – $44,4\pm2,7\%$. ИМ в анамнезе регистрировался в 37%, АГ – в 69% случаев. ХСН I ФК отмечалась у 11%, II ФК – у 53%, III ФК – у 22%, IV ФК – у 14% больных. Динамическое наблюдение за пациентами группы ПВ и подгруппы невмешательства осуществлялось исходно и перед выпиской из стационара.

Результаты и обсуждение

В среднем, в течение госпитального периода лечения больные с ХСН успевали посетить $10\pm0,4$ тренирующих занятий, за время которых они осваивали непрерывную ходьбу до 2050 ± 139 метров в течение 54 ± 3 минут, что обеспечивало подготовку пациентов к выполнению «домашних» бытовых нагрузок. Осложнений от занятий тренирующей ходьбой зарегистрировано не было. К моменту завершения стационарного лечения у тренировавшихся больных не только увеличивались результаты ТШХ ($p<0,001$), но и улучшалась его субъективная переносимость – в частности, уменьшалась интенсивность одного из основных клинических проявлений ХСН – одышки ($p<0,02$). Несмотря на однотипную фармакотерапию, больные группы сравнения к моменту выписки из стационара преодолевали за 6 минут пробы меньшую дистанцию ($p=0,026$), чем пациенты группы ФТ, и не отмечали снижения одышки (табл. 1).

Кроме ожидаемого результата – улучшения переносимости физических нагрузок [7] – в группе ФТ перед выпиской из стационара регистрировалось уменьшение исходно высокой реактивной тревожности до умеренной (табл. 2) и, что подтверждает представление о возможном снижении интенсивности стенических эмоций [6], ослабление напряженности механизмов психологической защиты, в частности, механизма «проекции» (рис. 1). По завершении стационарных тренировок больные группы ФТ чаще демонстрировали конструктивные поведенческие и эмоциональные копинг-стратегии и реже при-

Таблица 2

Психический статус больных групп ФТ и сравнения ($M \pm m$)

Показатели	Группа ФТ (n=123)			Группа сравнения (n=107)		
	Исходно	Перед выпиской	3 месяца	Исходно	Перед выпиской	3 месяца
TAS, баллы (норма <62 баллов)	73,8±1,2	72,5±1,8	76,9±2,5	73±1,4	69,7±2,1	77,7±1,9
Депрессия, баллы (шкала Зунга, норма <50 баллов)	51,1±0,9	49,1±1,2	48,2±1,9 *,#	51,1±1,1	49,5±1,4	54,8±1,4
Личностная тревожность, баллы (шкала Спилбергера, норма <30 баллов)	49,8±1,2	-	-	50,1±1,3	-	-
Реактивная тревожность, баллы (шкала Спилбергера, норма <30 баллов)	45,7±1,1	42,3±1,3 *	38,6±2,5 *	46,5±1,2	47±2,2	43,8±1,3

Примечание: * - отличие показателя от исходного достоверно, $p < 0,05$; # - различия показателей в группах ФТ и сравнения достоверны, $p < 0,01$.

бегали к неконструктивным когнитивным копинг-механизмам. Указанная положительная динамика подкреплялась и качественными позитивными изменениями копинг-поведения: уменьшением случаев изоляции и подавления возникающих эмоций, а также исчезновением агрессии у тренировавшихся пациентов. Учитывая отсутствие изменения тревоги (табл. 2), копинг-поведения и большую напряженность механизмов психологической защиты (рис. 1) в группе сравнения, этот результат стационарной физической реабилитации без дополнительного психорегулирующего или психотерапевтического вмешательства можно рассматривать как несомненно позитивный. У пациентов группы ФТ перед выпиской из стационара также регистрировалось улучшение КЖ за счет роста удовлетворенности ($p < 0,05$) своими энергичностью, физическим функционированием и ментальным здоровьем. КЖ больных группы сравнения к моменту выписки из стационара достоверно не изменялось.

За 3 месяца самостоятельных тренировок пациенты группы ФТ осваивали прохождение дистанции до 2 километров в течение 75 ± 16 минут 3-5 раза в неделю (31% больных тренировались ежедневно). Осложнений 3-месячного курса ФТ зарегистрировано не было. Через 3 месяца наблюдений результаты ТШХ достоверно увеличивались у всех пациентов, независимо от их участия или неучастия в программе физической реабилитации, что еще раз подтверждает значимость адекватной медикаментозной терапии сердечной недостаточности [5]. Однако, больные группы ФТ преодолевали за 6 минут пробы большую дистанцию (414 ± 20 метров), чем пациенты группы сравнения (376 ± 12 метров, $p = 0,048$). Кроме того, у тренировавшихся больных по сравнению с исходными данными регистрировалось снижение выраженности одышки до $0,6 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$), чего не было отмечено в группе сравнения.

Ожидаемая на фоне длительной (3-месячной) физической реабилитации положительная динамика функциональных возможностей больных [12] дополнялась качественно новыми позитивными изменени-

ями, а именно, нормализацией уровня депрессии, уменьшением реактивной тревожности (табл. 2) и ростом КЖ (рис. 2). На фоне 3-х месячных тренировок менялась напряженность механизмов психологической защиты (рис. 3): при разрешении стрессовых ситуаций пациенты группы ФТ чаще прибегали к «проекции» неприемлемых для себя чувств и мыслей вовне ($p < 0,001$) и рациональному разрешению конфликтных ситуаций («интеллектуализация», $p < 0,03$). Положительной динамики психического статуса у пациентов группы сравнения через 3 месяца наблюдений зарегистрировано не было. При разрешении стрессовых ситуаций не тренировавшиеся больные на данном этапе наблюдения демонстрировали тенденцию (рис. 3) к незрелому упрощению происходящего («регрессия»), замене реального воображаемым («компенсация») и гиперкомпенсации путем преувеличения противоположных стремлений («реактивные образования»). Кроме того, больные группы сравнения ниже оценивали свое КЖ, чем пациенты группы ФТ по шкалам ролевого функционирования ($p = 0,043$), энергичности ($p = 0,026$), ментального здоровья ($p = 0,0087$) и динамики здоровья ($p = 0,038$).

Следующим этапом исследования стало изучение результатов 12-месячного физического реабилитационного вмешательства. В течение указанного периода времени из пациентов групп ФТ и сравнения 9 больных умерли, у 3 был диагностирован острый коронарный синдром, у 6 пациентов — нарушение мозгового кровообращения, 2 больных перенесли хирургическую коронарную реваскуляризацию. В итоге приверженными к занятиям дозированной ходьбой остались 24,4% пациентов. Выявленная отрицательная динамика комплаенса больных с ХСН согласуется с результатами, зарегистрированными другими исследователями, и может рассматриваться как одно из проявлений характерной для данной категории пациентов низкой приверженности к врачебным рекомендациям [2, 4].

В среднем за год ФТ исследуемые больные на фоне обязательного стандартного медикаментозного лече-

Таблица 3

Результаты ТШХ в группе ПВ и подгруппе аффективных расстройств ($M \pm m$)

Показатели	Группа вмешательства (n=25)		Подгруппа сравнения (n=36)	
	Исходно	Выписка из стационара	Исходно	Выписка из стационара
ТШХ, метры	285±22	371±16 *, **	300±18	246±19 *
Одышка, баллы	2,3±0,4	2±1	2,1±0,4	1,9±0,5
Боли, баллы	1±0,4	0,3±0,3 *, **	1,1±0,3	1,4±0,4
Усталость, баллы	2,3±0,6	0,6±0,3 *	1,7±0,3	1,5±0,4
Усталость ног, баллы	1,8±0,6	0,9±0,6	2±0,4	1,3±0,4
Головокружение, баллы	1,3±0,5	0,4±0,3	0,8±0,2	0,2±0,1 *
Сердцебиение, баллы	1,6±0,5	1±0,5	1±0,3	1,1±0,5
Сумма баллов по шкале Борга	9,6±1,9	4,2±1,2 *	8,6±0,9	7,5±1,5

Примечание: * – различия показателей исходно и перед выпиской достоверны, $p < 0,05$; ** – различия показателей в сравниваемых группах достоверны, $p < 0,02$; # – отличия показателя от такового, зарегистрированного до начала пробы, достоверны, $p < 0,05$.

ния ХСН осваивали прохождение дистанции до 4323 ± 955 метров в течение 65 ± 28 минут, преимущественно 3 раза в неделю, 58% пациентов тренировались 5 раз в неделю. Осложнений длительного курса ФТ зарегистрировано не было. В соответствии с результатами заключительного ТШХ и по сравнению с исходными данными, объективная (379 ± 20 метров, $p < 0,001$) и субъективная переносимость нагрузок у тренировавшихся пациентов продолжала достоверно расти, а интенсивность одышки ($0,6 \pm 0,2$ балл, $p < 0,001$) снижаться. У не тренировавшихся больных с ХСН через год наблюдения, несмотря на стандартную медикаментозную терапию, регистрировалась тенденция к ухудшению показателей ТШХ до 341 ± 21 метр.

Длительная (12-месячная) амбулаторная физическая реабилитация также способствовала снижению уровня депрессии (до $46,2 \pm 1,7$ балла, $p < 0,02$) и сохранению невысокой реактивной тревожности ($43,3 \pm 2$ балла). Напротив, у больных группы сравнения через год наблюдения регистрировались умеренная депрессия, большая, чем у тренировавшихся пациентов ($54,2 \pm 2,8$ балла, $p < 0,03$), и нарастание реактивной

тревожности до выраженной ($47,7 \pm 2,9$ балла). Уровень алекситимии у больных групп ФТ и сравнения через год наблюдения значимой динамики не претерпевал. Независимо от участия или неучастия в ФТ, через год наблюдения у всех исследуемых пациентов сохранялась высокая напряженность механизмов психологической защиты, а также превалирование неэффективных адаптационных поведенческих стереотипов. КЖ тренировавшихся больных улучшалось по показателям физического ($p < 0,01$), эмоционального ($p < 0,05$) и социального ($p < 0,001$) функционирования, ментального здоровья ($p < 0,02$) и динамической оценки самочувствия ($p < 0,001$). У не тренировавшихся пациентов значимых различий КЖ исходно и через год наблюдения зарегистрировано не было (рис. 4); кроме того, больные группы сравнения были менее удовлетворены своим физическим функционированием ($p < 0,03$) и динамикой здоровья ($p < 0,05$), чем пациенты группы ФТ.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтвердили эффективность длительных (амбулаторных) и краткосрочных (стационарных) курсов физической реабилитации у больных с ХСН ишемической этиологии. Умеренная ходьба, дозируемая с помощью метода ранжирования субъективных ощущений Борга, не только улучшала переносимость физических нагрузок и снижала интенсивность одного из основных клинических проявлений ХСН – одышки, но и способствовала положительной динамике КЖ и аффективных расстройств пациентов, что с точки зрения прогноза течения заболевания является положительным результатом [9]. Скорее всего, этот необычный эффект ФТ у пациентов явился следствием улучшения их соматического статуса, увеличения переносимости физических нагрузок, что и стало причиной устранения вторичных, коморбидных основному кардиологическому заболеванию аффективных расстройств. Выявленное комплексное воздействие физической реабилитации позволило предположить возможность дополнительного мультидисципли-

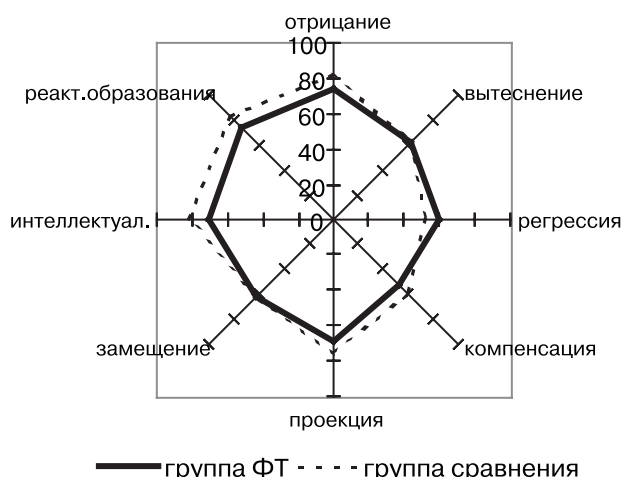


Рис. 1. Механизмы психологической защиты больных групп ФТ и сравнения перед выпиской из стационара (процентили).

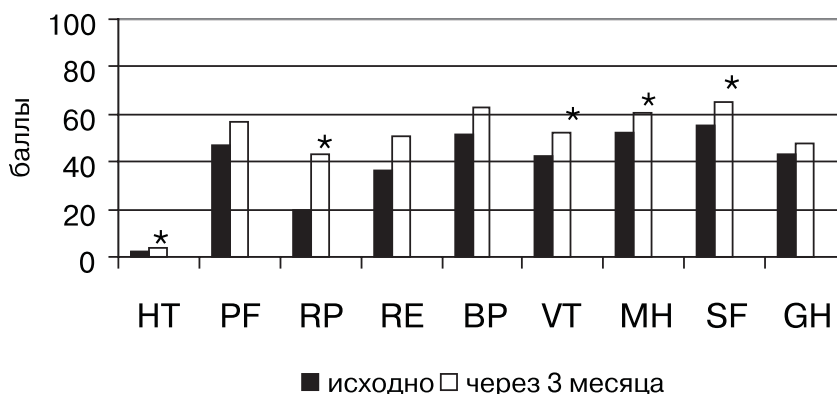


Рис. 2. Динамика качества жизни больных группы ФТ через 3 месяца тренировок (SF-36).

Примечание: * - отличие показателя от исходного достоверно, $p < 0,05$.

линарного влияния и психологической коррекции у данного контингента больных.

Исходно пациенты групп ПВ и подгруппы аффективных расстройств характеризовались минимальной депрессией ($54,3 \pm 2,6$ балла и $58,8 \pm 1,2$ балла, соответственно), выраженной личностной ($53,9 \pm 2$ балла и $55,5 \pm 1,7$ балла, соответственно) и реактивной тревожностью ($52,3 \pm 1,5$ балла и $49,3 \pm 1,8$ балла, соответственно), а также значительной напряженностью механизмов психологической защиты, превалированием дезадаптивных неконструктивных поведенческих стратегий во всех сферах копинга. Психологические особенности обследованных больных вносили значимый вклад в снижение переносимости физических нагрузок. Так, несмотря на то, что умеренная ХСН I-II (NYHA) была диагностирована в 76% случаев в группе ПВ и в 63% случаев в подгруппе аффективных расстройств, результаты ТШХ оказались не выше 300 метров (табл. 3). Исходный уровень КЖ пациентов группы ПВ снижался по мере увеличения выраженности аффективных расстройств ($r = -0,65$; $p < 0,0001$) и был ниже, чем у больных подгруппы сопоставления за счет неудовлетворенности своим социальным функционированием ($41,1 \pm 5,2$ балла, $p < 0,05$).

По завершении курса релаксационных занятий [8, 10] 25% пациентов группы ПВ отмечали субъективное улучшение настроения, снижение тревоги и напряжения. Основным результатом психологической коррекции стало снижение реактивной тревожности до $48,1 \pm 1,1$ балла ($p = 0,03$). Выраженность реактивной тревожности пациентов подгруппы невмешательства сохранялась на более высоком уровне ($54,7 \pm 3,7$ балла, $p < 0,05$). На фоне психологической коррекции значимого изменения напряженности механизмов психологической защиты и копинг-поведения не регистрировалось. Напротив, в подгруппе сопоставления к моменту выписки из стационара отмечалось достоверное увеличение напряженности защитных механизмов «отрицания» ($p < 0,05$), «проекции» ($p < 0,05$) и «интеллектуализации» ($p < 0,01$).

Завершение курса психологической коррекции сопровождалось также отчетливой положительной динамикой функциональных возможностей пациентов группы ПВ – ростом результатов ТШХ и достоверным улучшением субъективной переносимости пробы (табл. 3). В подгруппе невмешательства, несмотря на однотипную медикаментозную терапию сердечной недостаточности, перед выпиской из стационара отмечалось достоверное ухудшение результатов ТШХ (табл. 3). КЖ пациентов группы ПВ к моменту выписки из стационара также оказалось выше такового у больных подгруппы сопоставления (энергичность, $p = 0,01$).

С помощью дисперсионного анализа данных для зависимых выборок (ANOVA_REPEATED) было обнаружено однонаправленное позитивное воздействие на психический статус больных с ХСН и аффективными расстройствами психологической коррекции и ФТ. Так, в отличие от пациентов группы сравнения у больных, участвовавших либо в психорегулирующих, либо в занятиях тренирующей ходьбой, сопровождалось значимым снижением реактивной тревожности ($p = 0,022$).

Таким образом, дополнение стандартного лечения краткосрочным курсом психологической реабилита-

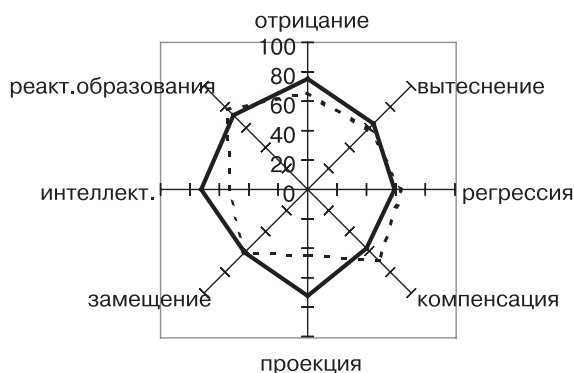


Рис. 3. Механизмы психологической защиты в группах ФТ и сравнения (через 3 месяца, процентиля).

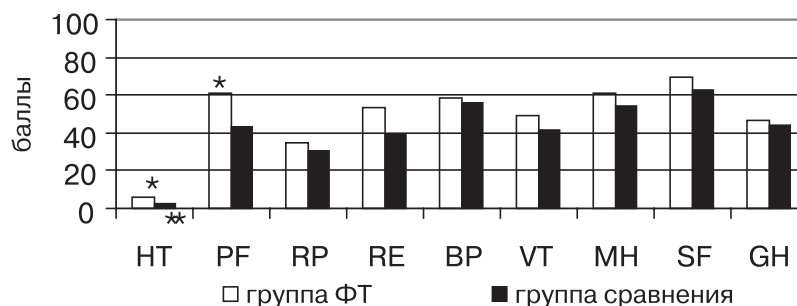


Рис. 4. Качество жизни тренировавшихся и не тренировавшихся больных с ХСН через год наблюдения (SF-36)

Примечание:*- различия показателей в группах достоверны, $p < 0,05$.

ции сопровождалось снижением реактивной тревожности, отсутствием нарастания психологической напряженности, ростом КЖ и переносимости физических нагрузок.

Выводы

1. Стационарная и амбулаторная (длительная) физическая реабилитация эффективна и оказывает мультидисциплинарное воздействие на больных с ХСН ишемической этиологии, не только улучшая переносимость физических нагрузок и качество жизни, но и препятствуя появлению аффективных расстройств.

Литература

- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и др. Первые результаты национального эпидемиологического исследования — эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) — ЭПОХА—О—ХСН // Сердечная недостаточность. — 2003. — Т.4, № 3. — С.116-120.
- Коц Я.И., Гражданкин А.А., Митрофанова И.С. Приверженность к лечению у больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность—2005: Тез. 6-й ежегод. конф. об-ва специалистов по сердечной недостаточности. — М., 2005. — С.77-79.
- Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н., Русская Л.В. и др. Причины повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью и их стоимостные характеристики // Сердечная недостаточность. — 2005. — Т. 6, № 1. — С.19-22.
- Лопатин Ю.М., Пром А.К., Иваненко В.В. и др. Выбор оптимального темпа тренировочной ходьбы у больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. — 2003. — Т. 4, № 5. — С.232-234.
- Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН: (Утв. съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г.) // Сердечная недостаточность. — 2003. — Т.4, № 6. — С.276-297.
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского.— СПб.: Питер, 2003. — 536 с.
- Рылова А.К. Физическая реабилитация больных с ХСН: анализ результатов клинич. исследований // Сердечная недостаточность. — 2005. — Т.6, № 5. — С.199-203.
- Сумин А.Н. Ранняя реабилитация больных различными формами хронической сердечной недостаточности (использование электростимуляции скелетных мышц, статико-динамических нагрузок и поведенческих воздействий): автореф. дис. ... д-ра мед.наук:14.00.06 / Новосиб. мед. ин-т. — Новосибирск, 1999. — 49 с.
- Guck T.P., Elsasser G. N., Barone E.J. Depression and congestive heart failure // Congestive Heart Failure. — 2003. — Vol.9, № 3. — P.163-169.
- Lushkin F., Reitz M., Newell K. et al. A controlled pilot study of stress management training of elderly patients with congestive heart failure // Prev. Cardiol. — 2002. — Vol.5, № 4. — P.168-172.
- McBurney H. Cardiac rehabilitation. Physiotherapy for respiratory and cardiac problems / Eds. J.A.Pryor, B.A.Webber. — 2nd ed. — London, 1998. — P. 387-411.
- Pina I.L., Apstein C.S., Baldy G.J. et al. Exercise and heart failure: a statement from the American Heart Association Committee on exercise, rehabilitation, and prevention // Circulation. — 2003. — Vol.107, № 8. — P.1210-1225.

Abstract

High prevalence and adverse prognosis of chronic heart failure (CHF) justify the need for further investigation of new complex treatment and rehabilitation approaches in these patients. The author assessed effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation in patients with ischemic CHF. In total, the study included 255 patients with ischemic CHF I-IV (NYHA). Complex results of psychological correction, training walking courses (hospital and long-term (12 months) programs), with the use of Borg scale, were investigated. In patients with ischemic CHF, positive multi-disciplinary effects of psychological correction and physical training, in regard to psychological status and physical stress tolerability, were registered.

Key words: Chronic heart failure, complex rehabilitation, training walking, Borg scale, psychological correction.

Поступила 13/04-2007