

«СОГЛАСОВАНО»

Ректор ГОУ ВПО КемГМА

Д.м.н., профессор

В.М. Ивойлов

« » 2012г.

«СОГЛАСОВАНО»

Директор ФГБУ «НИИ КПССЗ

СО РАМН»

Д.м.н., профессор

О.Л. Барбараш

« » 2012г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник ДОЗ

Кемеровской области

В.К. Цоб

« » 2012г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА

Методические рекомендации для врачей-кардиологов

ГБОУ ВПО «КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ
УРАМН НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СО РАМН

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Методические рекомендации

Кемерово 2011

Методические рекомендации рассмотрены и рекомендованы учеными советами НИИ КПССЗ СО РАМН и ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития «__» _____ 2011 г. и «__» _____ 2011 г к утверждению Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области

Методические рекомендации разработаны:

Лебедева Н.Б., доктор медицинских наук, профессор кафедры подготовки врачей первичного звена ГБОУ ВПО КеМГМА Минздравсоцразвития России, старший научный научный сотрудник лаборатории патофизиологии мультифокального атеросклероза НИИ КПССЗ СО РАМН

Барбараш О.Л., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ВПО КеМГМА Минздравсоцразвития, заведующая отделом мультифокального атеросклероза НИИ КПССЗ СО РАМН

Рецензенты

Заведующий кафедрой подготовки врачей первичного звена ГБОУ ВПО КеМГМА Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор Тарасов Н.И.

Заведующий лабораторией патологии кровообращения НИИ КПССЗ СО РАМН
д.м.н. Сумин А. Н.

Методические рекомендации предназначены для врачей-кардиологов и могут быть использованы для обучения врачей сертификационных циклов по специальности кардиология

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на снижающийся уровень смертности, ИБС и инфаркт миокарда (ИМ) продолжают оставаться одной из основных, не зависящих от пола, причин смертности и инвалидизации населения, в связи с чем вопросы реабилитации и вторичной профилактики больных после ИМ являются актуальными во всем мире [Аронов Д.М., Бубнова Г.М., 2010]. Проблема постинфарктной реабилитации приобретает не только медицинское, но и социальное значение, поскольку в результате прогресса медикаментозных и хирургических методов лечения ИМ растет число больных, перенесших острый период этого заболевания. Целью реабилитации и вторичной профилактики в этом случае является восстановление физиологических и социальных функций, предупреждение развития жизнеопасных осложнений и прогрессирования атеросклероза, а в конечном итоге – улучшение качества жизни больных. Большинство существующих реабилитационных программ включают в себя в основном медицинские аспекты и физические тренировки [Taylor E.S., 2004]. Однако в настоящее время не подлежит сомнению влияние на развитие и исход ИМ психосоциальных факторов, таких, как тип личности, наличие депрессии и повышенной тревожности, социальная дезадаптация [Lane, D., 2001]. Кроме того, известно, что у 35-80% больных ИМ развиваются психические нарушения, значительно утяжеляющие картину заболевания и снижающие эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий [Погосова, Г. В., 2007].

В связи с этим необходимо отдавать предпочтение программам реабилитации, включающим обучение, консультирование, психотерапевтическую помощь, а также коррекцию поведенческих факторов риска [А. Гоштаутас, Л. Шинкарева, 2004]. Исследование, проведенное на базе инфарктного отделения Кемеровского кардиологического диспансера показало, что выявление на 5-7 сутки ИМ высокой ЛТ, депрессивного синдрома, типа коронарного поведения А с 90% вероятностью свидетельствует о неблагоприятном годовом прогнозе, а разработанная комплексная реабилитационная программа для больных ИМ, включающая психологическое воздействие и мероприятия по модификации поведенческих факторов риска, является клинически и прогностически эффективной не зависимо от пола и возраста пациентов.

1. Психосоциальные факторы, влияющие на прогноз у больных инфарктом миокарда

1.1. Социальные аспекты прогнозирования при ИМ

В литературе отсутствуют четкие данные о том, что ИМ чаще развивается в каких-либо социальных группах. Было также показано, что трудности адаптации после ИМ не связаны с демографическими особенностями [54]. Вместе с тем существуют данные о плохой адаптации к ИМ представителей рабочей профессии, а так же о том, что больные с психологическими изменениями, ухудшающими прогноз, имеют достоверно более низкий уровень образования [24]. Однако, существуют свидетельства о наличии прямой корреляционной зависимости между степенью коронарной окклюзии и уровнем образования, а также выявлен вдвое больший риск развития ИМ у лиц с высшим образованием по сравнению с имевшими среднее образование [5, 19]. Вероятно, длительность и уровень образования отражают личностные особенности, определяющие индивидуальную реактивность на внешние стрессоры и модулирующие действие других коронарных факторов риска. Существуют данные о том, что работа с низким контролем над ее выполнением и, таким образом, связанная с большей ответственностью, является этиологическим фактором ИБС и ИМ [24, 54]. Показано, что увеличение контроля над выполнением работы снижает риск развития ИБС [24]. Вместе с тем взаимосвязь условий работы и уровнем ответственности с риском развития ИБС остается неясной. Таким образом, особенности течения ИМ и постинфарктного периода, подходы к реабилитации больных ИМ в зависимости от их социального положения и уровня образования нуждаются в дальнейшем изучении.

У больных ИМ чаще, чем в общей популяции встречаются изменения психологической сферы, утяжеляющие течение болезни, затрудняющие реабилитацию и экспертизу трудоспособности [5, 58]. Эти изменения как предшествуют ИМ, так и развиваются в виде осложнений. Известно, что связь между стрессом и состоянием сердца реализуется через ВНС [32,40]. Психологический стресс у больных ИМ провоцирует преходящую ишемию миокарда, влияет на вегетативный баланс, активизирует агрегацию тромбоцитов, провоцирует опасные нарушения ритма [46, 48].

Таким образом, связь психического статуса с долговременным прогнозом у больных ИМ в настоящее время общепризнанна и не вызывает сомнений. Известно, что больные с симптомами психологического стресса имеют вдвое большую смертность от

ИБС в течение 5 лет, и этот риск остается, даже если все другие факторы контролируются [48]. Исследования психосоциальных последствий ИМ показали, что многие аспекты долгосрочного прогноза могут быть определены в течение госпитального периода [31, 47].

1.2. Клиническое и прогностическое значение депрессии и тревоги у больных ИБС и ИМ

Наиболее часто встречающимися и изученными в плане влияния на прогноз при ИМ психическими нарушениями являются депрессия и повышенная тревожность [12, 13, 35]. Тревожные и депрессивные состояния после ИМ ранее считались коморбидными психическими изменениями, и не рассматривались как причина повышения заболеваемости и смертности при ИБС [36, 51]. Однако в последующем эти представления были существенно пересмотрены [9, 16, 30]. Одна из первых работ, показавшая, что наличие сопутствующей депрессии при диагностированной при КВГ ИБС, является независимым предиктором последующих кардинальных событий в течение 12 месяцев, была опубликована R.Carney еще в 1988 году [36]. Эти данные были подтверждены в работах N. Frasure-Smith с соавторами [35, 37], показавшими, что как клинически выявленная депрессия, так и сумма баллов более 10 по шкале Бека связаны со смертностью от кардинальных причин в течение 18 месяцев после ОИМ, а у пациентов с ИБС, имеющих депрессию, риск развития ИМ в 3,5 раза выше, чем у пациентов без депрессии. Даже минимальная депрессивная симптоматика оказалась связана с повышенным риском смерти после ИМ [52].

Далее два больших эпидемиологических исследования продемонстрировали значительную связь между депрессией и смертностью при ИМ [41, 51]. Еще в одном исследовании было показано, что депрессия оказывает важное влияние на течение и смертность при ИМ у ранее здоровых пациентов даже после контроля таких факторов риска, как пол, возраст, курение, физическая активность, уровни АД и холестерина [22]. Таким образом, полученные результаты позиционировали депрессию как фактор риска развития неблагоприятных исходов при ИБС и ИМ и направили фокус последующих исследований на изучение механизмов взаимосвязи депрессии и ИБС.

В настоящее время в связи с улучшением лечения ИМ показатели относительного риска в отношении депрессии изменились: в 1993 г. ОР составлял 3,22 (2,14-4,86), после 1993 – 2,01 (1,445-2,78) [30]. В исследовании Spijkerman T.A. с соавторами в 2006 году [30] было подтверждено, что депрессия отрицательно влияет на прогноз при ИМ, но это влияние со временем уменьшается. Авторы связали изменение роли депрессии в прогнозе

с улучшением лечения и психологической реабилитации при ИМ, с внедрением обучающих программ и консультирования.

Пристальное внимание в настоящее время фокусируется на роли не только депрессии, но и тревоги как предиктора исхода острых форм ИБС. Сочетание симптомов тревоги и депрессии выявляется более чем у половины больных с ИМ, чаще всего у пациентов старше 45 лет, женщин, при низкой социальной поддержке [15, 16]. В проведенных проспективных исследованиях была доказана прогностическая роль тревожности у больных ИБС и ИМ [41, 45]. Во многих из них было показано, что тревога, наряду с депрессией может играть этиологическую роль в развитии ИБС, а также была выявлена взаимосвязь между повышением тревожности и внезапной сердечной смертью [19, 40, 46]. Тревога в госпитальном периоде оказалась сильным предиктором плохой симптоматики (грудной боли и одышки – 61% против 47% без повышения тревоги), плохого качества жизни, психологических и социальных исходов в течение 3 и 12 месяцев, низкой ежедневной физической активности. Пациенты с повышенной тревогой реже выполняли рекомендуемые физические упражнения (59% против 31%), хуже соблюдали диету, из куривших ранее продолжали курить 41% с тревогой и 10% без нее [47]. Повышенная тревожность явилась также предиктором повышенного числа поликлинических посещений и хирургических консультаций, а также вызовов СП (15% с повышенной тревогой в течение года против 2,5% без тревоги) [47].

Важным является тот факт, что изменения эпидемиологии ИБС, повышение эффективности лечения и профилактики значительно повлияли на постинфарктную смертность и психосоциальные исходы. Уровень смертности в исследованиях 2003-2006 гг в среднем составляет 5,3%, а в исследованиях 90-х гг – около 8%. Малое количество фатальных конечных точек значительно затрудняет демонстрацию серьезных эффектов депрессии и тревожности. Очевидно, что для определения прогностического влияния этих факторов необходимы длительные исследования с включением большого количества пациентов.

1.3. Роль типа коронарного поведения А в возникновении и развитии ИБС и инфаркта миокарда

Не вызывает сомнения, что реакция на стресс и болезнь зависит от личностных особенностей больного. В связи с этим наибольшее обоснование и распространение получила выдвинутая в 1959 году Friedman M. и Rosenman R.H. концепция о взаимосвязи ИБС с определенными поведенческими особенностями, в совокупности получившими

название поведенческого типа А [33, 34], под которым подразумеваются нетерпеливость, агрессивность, стремление к доминированию, деятельность «на износ» при максимальном напряжении духовных и физических сил, желание достичь эффекта во многих сферах деятельности, неумение отдыхать [34]. Лица типа Б, наоборот, характеризуются уверенностью в себе и отсутствием враждебности, им не свойственно состояние постоянной эмоциональной напряженности. При проведении крупных проспективных исследований за рубежом и в нашей стране была подтверждена связь между типом поведения А и ИБС, в том числе и в исследованиях с использованием КВГ и данных аутопсии [38, 43, 59]. В 1981 году тип коронарного поведения А как фактор риска ИБС был официально признан Национальным институтом Сердца, Легких и Крови США [23].

Главные «коронарные» компоненты типа коронарного поведения А – нетерпеливость и враждебность [14, 33, 59], которые, вероятно, могут быть связаны с ИБС и без наличия типа поведения А. Предположение, что в основе стремления к успеху у лиц типа коронарного поведения А лежит внутренняя неуверенность, было подтверждено недавно [49]. Была доказана высокая корреляция неуверенности и беспокойства с типом поведения А и его главными компонентами – спешкой и враждебностью [49, 57]. Существует много работ, показывающих, что отдельные компоненты типа А (не зависимо от его наличия) – нетерпеливость, враждебность, беспокойство – также связаны с развитием ИБС [20, 38, 59]. Однако, механизмы взаимосвязи типа поведения А и ИБС не уточнены. В некоторых исследованиях было показано, что поведение типа А, а так же антагонистическая враждебность связаны с высоким уровнем холестерина, триглицеридов и ЛПНП [38, 59]. Кроме того, существуют данные о том, что в основе взаимосвязи типа А и ИБС лежит повышенная физиологическая реактивность [11, 43].

Были получены данные о том, что коррекция типа поведения снижает заболеваемость ИБС у лиц типа А [33, 57]. Однако в одном из более поздних исследований, в котором оценивалась этиологическая и прогностическая роль различных факторов, в том числе и типа поведения А для больных ИБС и ИМ, не было получено положительных результатов [41]. Поскольку факторы риска начала ИБС и ее прогрессирования различаются, тип А может по-разному влиять на них и иметь разную связь с ИБС в группе первоначально здоровых и лиц с диагностированной ИБС [7]. Существуют данные о том, что наличие типа поведения А ухудшает выживаемость после ОИМ [25]. Возможно, что тип А в большей степени влияет на начало болезни и развитие острых провоцирующих событий (спазм, тромбоз, разрыв бляшки), и в меньшей – на прогрессирование коронароатеросклероза [59]. В настоящее время можно считать

доказанным, что тип А может быть надежным прогностическим признаком начала ИБС в общепопуляционных группах, однако его роль как прогностического признака прогрессирования ИБС и исходов ИМ не определена и в настоящее время тип коронарного поведения не получает должного освещения в литературе.

2. Возможности терапевтического воздействия на связь депрессии и ИБС

К настоящему времени завершены два крупных исследования - SADHART и ENRICHD, попытавшихся дать ответы на вопрос: насколько своевременное и эффективное лечение депрессии будет способствовать снижению риска заболеваемости и смерти у пациентов с ИБС. В этих исследованиях изучалось влияние применения антидепрессанта из группы ИОЗС сертралина и когнитивно-поведенческой терапии на выживаемость у кардиологических пациентов [44, 55]. SADHART – самое большое на сегодняшний день исследование, в котором сертралин показал себя безопасным препаратом, не влияющим на функцию ЛЖ, АД, ЭКГ-интервалы и ВРС. Наиболее интригующим результатом исследования явилось то, что комбинированная конечная точка (смерть, ИМ, ХСН, стенокардия, инсульт) чаще регистрировалась в группе плацебо по сравнению с сертралином (22,4% против 14,5%). Очевидно, что лечение сертралином эффективно поддерживает механизм, лежащий в основе снижения заболеваемости и смертности.

Исследование ENRICHD с включением пациентов с депрессией после ИМ, рандомизированных на группы когнитивно-поведенческой терапии, сертралина и обычного ведения показало, что психологическое и медикаментозное воздействия в течение 29 месяцев эффективны в отношении уменьшения выраженности депрессивных симптомов. Однако при первичном анализе влияния на выживаемость такое воздействие не оказало [26, 44]. Возможной причиной, по которой вмешательства не привели к улучшению выживаемости, может служить большое количество включенных пациентов с умеренной, транзиторной депрессией [26]. Вместе с тем пациенты групп вмешательства, у которых депрессия не уменьшилась, имели более высокий риск поздней смерти по сравнению с ответившими на лечение [26]. Таким образом, недостаточно эффективное лечение депрессии связано с увеличением риска поздней смерти после ИМ.

Вторичный анализ данных этого исследования выявил, что лечение депрессии снизило риск смерти и повторных сердечных атак у тех пациентов, которые ранее имели кардиальные события [26]. После поправки на исходный уровень депрессии и кардиальный риск, использование сертралина ассоциировалось с 43% снижением риска смерти от всех причин, кардиальной смерти и повторных сердечных атак [26]. Вместе с

тем следует помнить, что этот анализ проводился уже после завершения наблюдения, пациенты сами докладывали об использовании сертралина и дозах и, возможно, у части пациентов оказала влияние когнитивно-поведенческая терапия [35].

3. Современные аспекты реабилитации больных инфарктом миокарда

Рост числа больных, перенесших ИМ, обуславливает необходимость дальнейшего развития, стандартизации и внедрения постинфарктных реабилитационных программ и методов вторичной профилактики ИБС. Однако если лечению ИМ и прогнозу посвящены многочисленные отечественные и зарубежные исследования, то значительно меньшее их количество направлено на изучение эффективности различных реабилитационных программ и факторов, определяющих эффективность реабилитации [12, 58].

За рубежом существуют программы кардиологической реабилитации, включающие медицинскую оценку, рекомендации по физической нагрузке, модификацию факторов риска, поведенческое воздействие, обучение и консультирование, которые рассчитаны на ограничение физиологических и психологических эффектов ИМ, снижение риска реинфаркта и ВС, стабилизацию атеросклеротического процесса, сохранение профессионального статуса [27, 29]. К сожалению, в нашей стране созданию полноценной общенациональной программы кардиологической реабилитации по-прежнему не уделяется достаточно внимания. До настоящего времени наиболее полно разработаны лишь методы физической реабилитации, а психологические приемы, обучение и консультирование, методы вторичной профилактики – все еще нечастые, не стандартизированные элементы программ [4, 18].

Очевидно, что кардиологическая реабилитация в настоящее время реализует свои возможности не в полной мере [13, 14]. Мета-анализ результатов 32 исследований показал, что только 25-31% из нуждающихся мужчины и 11-20% женщины участвуют в программах кардиореабилитации [27, 39]. Вместе с тем появляются данные о большей необходимости проведения и большей эффективности поведенческих реабилитационных программ именно у женщин и пожилых пациентов [8, 10, 28].

Несомненно, что психологическая реабилитация в дополнение к стандартным методам лечения и профилактики приводит к снижению заболеваемости и смертности от ИБС, уменьшает психологический дистресс у больных ИМ и нивелирует влияние поведенческих факторов риска [32]. К сожалению, большие потенциальные возможности психотерапии и модификации поведенческих факторов риска по-прежнему не очень широко используются в реабилитационных программах для больных ИМ [2, 3, 13].

Методы психической реабилитации можно разделить на две группы: психотерапевтические и психофармакологические. Система психотерапевтического воздействия, имеющая многовековые традиции, в настоящее время претерпевает своеобразное возрождение. Из психотерапевтических методик наибольшее распространение в работе с больными ИМ получили рационально-разъяснительная психотерапия, гипносуггестивная психотерапия, аутотренинг, прогрессирующая мышечная релаксация, когнитивно-ситуационный тренинг [11, 13, 18]. Относительно длительности курсов психологического воздействия при ИМ однозначного мнения не существует. Имеются данные об эффективности даже коротких курсов психотерапии в коррекции патологических изменений [17]. Указывается, что при отсутствии дополнительных психотравмирующих событий продолжительность психотерапии может не превышать 2-4 месяцев [17, 27]. Вместе с тем у пациентов с выраженными невротическими проявлениями, депрессией, осложнениями ИМ выявлена необходимость длительной курсовой психотерапии, проводимой в тесном эмоциональном контакте с врачом [3]. Так, было показано, что все больные ОИМ в течение первых 6 месяцев после выписки испытывали эмоциональные проблемы [42], а у 80% выявлялись тревога и депрессия [98]. Психотерапия и повышение информированности у таких пациентов ускоряют возврат к работе, снижают стресс и тревогу [31, 42]. Подчеркивается, что обучение больных, начатое в стационаре, необходимо продолжать и после выписки [50]. Коррекция поведенческих факторов риска также требует более длительного воздействия [17]. Для модификации типа поведения и получения благоприятных изменений образа жизни необходимо не менее года [10, 54].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что система психотерапии, даже в виде использования отдельных ее элементов, оказывает значительное благотворное влияние на больных ИМ.

4. Программа постинфарктной поведенческой реабилитации «Коронарный Клуб»

Программа постинфарктной поведенческой реабилитации была разработана и апробирована в инфарктном отделении Кемеровского кардиоцентра. Ее эффективность, не зависящая от пола и возраста пациентов, была доказана при проведении проспективного исследования с включением 346 пациентов с ИМ [8, 9, 10].

Занятия с пациентами по программе «Коронарного Клуба» рекомендуется начинать при формировании подострого периода ИМ по данным ЭКГ; при стабильном клиническом самочувствии (отсутствии приступов стенокардии покоя, жизнеопасных нарушений ритма, недостаточности кровообращения по NYHA выше II стадии). До начала занятий по программе и по ее окончании необходимо проводить психологическое тестирование по предложенным ниже методикам, что позволяет определить принадлежность к типу коронарного поведения, наличие и выраженность тревоги и депрессии, оценить эффективность воздействия.

Оптимальное количество пациентов в группе – не более 5-6. В более многочисленных группах затруднено установление тесного межличностного контакта врача и пациента, не удается уделить достаточно индивидуального внимания, трудно проследить за состоянием и реакциями каждого больного, что является залогом успешного воздействия.

Занятия «Коронарного Клуба» подразделяются на три ступени, в зависимости от срока заболевания, количества занятий в неделю, их продолжительности, тематике. Такой ступенчатый подход обеспечивает поэтапное воздействие, постепенный переход к увеличению интенсивности воздействия, усложнению задач.

I ступени программы начинается в стационаре. На этом этапе занятия с пациентами рекомендуется проводить по группам 4-5 раз в неделю по 1 часу, на II-III ступенях – после выписки - раз в неделю по 1,5 часа. Предварительно больных следует ознакомить с целями и задачами данной программы, объяснить необходимость личной заинтересованности, тесного контакта с врачом и друг другом. В отличие от традиционных школ здоровья в задачи Коронарного Клуба входит поддержание общения больных между собой, обсуждение и совместное решение проблем, обмен опытом, выявление и индивидуальная коррекция факторов риска.

Основными задачами I ступени программы являются:

- уменьшение беспокойства и тревоги, связанных с заболеванием;

- вселение уверенности в благополучном исходе заболевания;
- создание у больного установки на лечение на основе повышения знаний пациентов о заболевании, его проявлениях, способах лечения.

Программой предусматриваются лекции-беседы на следующие темы:

1. Атеросклероз и его проявления. Роль холестерина в возникновении атеросклероза.
2. ИБС и ее клинические проявления. Меры самопомощи.
3. Инфаркт миокарда.
4. Осложнения ИМ.
5. Методы обследования и результаты их применения.
6. Медикаментозная терапия: необходимость постоянного применения препаратов, побочные эффекты.

В конце каждого занятия проводится аутотренинг или гипносуггестивная терапия, 2 раза в неделю – арт-терапия.

II ступень программы предусматривает:

- модификацию факторов риска прогрессирования ИБС (гиперхолестеринемии, гиподинамии, ожирения, курения, гипертонии).
- укрепление уверенности больного в себе, создание установки на восстановление физической активности и возвращение к труду.

Основу программы составляют:

1. Выявление у больных факторов риска с занесением данных в индивидуальные карты;
2. Доведение до сведения пациентов информации о факторах риска, обсуждение индивидуальных факторов риска;
3. Обучение методам самостоятельной коррекции факторов риска, оценка эффективности проводимых мероприятий (контроль за потребляемым холестерином, массой тела, АД, изменений ЧСС при дозированных нагрузках).

В программу II ступени входит:

1. Проведение лекций-бесед на темы:
 - диетотерапия и необходимость нормализации массы тела;
 - курение и его влияние на прогрессирование ИБС;
 - физические нагрузки после ИМ;
 - роль артериальной гипертонии в развитии ИБС.
2. Рациональная терапия, основанная на разъяснении и внушении необходимой информации в состоянии бодрствования.

III ступень программы предусматривает:

1. Обучение саморегуляции стрессов.

2. Модификацию типа поведения.

Основу программы составляют разъяснение необходимости коррекции типа поведения А и специфическое психотерапевтическое воздействие.

Предусматриваются:

1. Проведение лекций-бесед на темы:

- влияние стрессов и "коронарного" поведения на развитие и прогрессирование ИБС;
- возможные сексуальные проблемы у больных ИМ и их решение (беседы проводились индивидуально).

2. Обучение аутогенной тренировке совместно с дыхательными и релаксационными приемами необходимо осуществлять на каждом занятии. Это подготавливает пациентов к последующему психотерапевтическому воздействию, помогает создать благоприятный духовный и физический фон. В последующем, на II-III ступенях, целесообразно выдать больным на дом аудиокассеты для ежедневных самостоятельных занятий.

3. Гипносуггестивная терапия.

4. Арт-терапия.

5. Эстетическое воздействие можно обеспечить музыкотерапией с совместным прослушиванием музыкальных произведений и обсуждением возникших эмоциональных переживаний.

6. При необходимости (балл депрессии по шкале Цунга более 45) возможно проведение психофармакотерапии антидепрессантами из группы ингибиторов обратного захвата серотонина (НОЗС) – сертралин.

5. Рекомендуемые психологические тесты

5.1 Шкалы оценки личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина

Тест Спилбергера – единственная методика, позволяющая дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние [53]. Адаптирован к применению в России Ханиным Ю.А. ЛТ представляет собой устойчивую характеристику, отражающую предрасположенность субъекта воспринимать многие жизненные ситуации как угрожающие и отвечать на них определенной реакцией. РТ - ситуативная, характеризуется субъективно переживаемыми на момент обследования эмоциями в ответ на стрессовую ситуацию. Определенный уровень тревожности – естественная особенность личности. Высокий уровень тревожности свидетельствует о

склонности субъекта воспринимать обширный диапазон жизненных ситуаций как угрожающий и реагировать на них очень напряженно. Тест Спилбергера-Ханниа позволяет количественно оценить уровень личностной и реактивной тревожности по балльной шкале: до 45 баллов – низкая тревожность, 46-56 – умеренно повышенная, более 56 – высокая.

5.2 Шкала депрессии Zung (SDS)

Шкала депрессии Zung, адаптирована Т.И. Балашовой и позволяет оценить наличие депрессивной симптоматики, субдепрессии, большой депрессии в баллах [60].

До 45 баллов – нет депрессии, 46-56 – легкая депрессия, более 56 – большая депрессия.

5.3 Анкета оценки качества жизни ВКНЦ РАМН

Разработана Зайцевым В.П. с соавт [6] специально для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и направлена на оценку отношения пациента к изменениям в жизни, связанным с болезнью; необходимости лечиться, необходимости ограничений физических усилий, поездок в общественном транспорте; избеганию ситуаций, требующих эмоционального напряжения; изменению взаимоотношений с близкими, понижению в заработной плате и в должности и т. д. Степень снижения качества жизни определяется числом факторов, вызывающих у больного отрицательное эмоциональное отношение, а также его интенсивностью. Валидность методики была доказана на больных, перенесших ИМ, за норму принят показатель, свойственных здоровым – от (-4,7) баллов и выше.

5.4 Опросник Дженкинса для определения типа коронарного поведения

Для идентификации типа поведения больных использовали сокращенный вариант широко распространенного в проспективных исследованиях опросника Дженкинса (Jenkins, 1967) [11].

6. Результаты собственных исследований. Гендерные и возрастные аспекты эффективности поведенческих реабилитационных программ у больных инфарктом миокарда. Результаты собственных исследований.

В исследование было включено 346 пациентов, находившихся на лечении в инфарктном отделении Кемеровского кардиологического диспансера по поводу острого Q-образующего ИМ в 2001-2003, 2007 гг., из них 140 (40,7%) женщины и 206(59,3%) мужчин.

Для оценки эффективности программы поведенческой реабилитации, реализуемой в процессе занятий в Коронарном клубе, проводили рандомизацию основной когорты пациентов на две группы: больные, поступавшие в отделение с 1 по 15 дни месяца, составили контрольную группу (не посещали Коронарный клуб), с 16 по 30 дни – группу коррекции (посещали Коронарный клуб). Продолжительность занятий в Коронарном Клубе для большинства больных проводилась от начала формирования подострого периода ИМ до окончания 3 месяца после выписки. Контрольные группы не подвергались специфической психологической коррекции. Контрольная группа и группа коррекции при анализе разделялись на подгруппы по полу и по возрасту (табл.1, 2).

Средний возраст пациентов женской группы коррекции составил $65,8 \pm 1,0$, женской контрольной группы - $66,5 \pm 1,7$ лет, пациентов мужского пола - $64,4 \pm 1,2$ и $65,4 \pm 1,0$ лет соответственно, $p=0,7$. Достоверных различий по исходной клинической характеристике и распространенности факторов сердечно-сосудистого риска между одинаковыми реабилитационными группами одного пола и возраста не было. После рандомизации на группы коррекции и контроля гендерные и возрастные общегрупповые различия в распределении факторов сердечно-сосудистого риска и тяжести ИМ сохранялись (табл. 4,5).

Таблица 1– Сравнительная характеристика различных реабилитационных групп на 5-7 сутки инфаркта миокарда при разделении по полу

Показатели	Группа коррекции n=171		Группа контроля n=175	
	женщины n=70 (%)	мужчины n=101 (%)	женщины, n=70 (%)	мужчины n=105 (%)
СК в анамнезе	43 (61,4)	42 (41,6)*	44 (62,8)	51 (48,6)**
ИМ в анамнезе	25 (35,7)	32 (31,7)	27 (38,6)	43 (40,9)

Наличие АГ	65 (92,9)	63 (62,3)	62 (88,6)	68 (64,8)**
СД 2 типа	18 (25,7)	12 (11,9)*	19 (27,1)	15 (14,3)**
Курящие	3 (4,3)	35 (34,6)*	5 (7,1)	35 (33,3)*
Ожирение	39 (55,7)	28 (22,7)**	37 (52,8)	30 (28,6)**
Передний ИМ	40 (57,1)	64 (63,4)	45(64,3)	62 (59,0)
Задний ИМ	23 (32,9)	36 (35,6)	20 (28,6)	34 (32,4)
Передне-задний ИМ	7 (10,0)	4(3,9)	5 (7,1)	6 (5,7)
Рецидивирующий ИМ	9 (12,8)	8(7,9)	10 (14,3)	12(11,4)
РПИСК	14 (20)	17 (16,8)	17 (24,3)	18 (17,1)
Класс тяжести ИМ:				
II	18 (25,7)	30 (29,7)	18 (25,7)	36 (34,3)
III	36 (51,4)	49 (48,5)	32 (45,7)	44 (41,9)
IV	16 (22,8)	22 (21,8)	20 (28,6)	25 (23,8)
ЖНР III градации и выше по Lowp	8 (11,4)	38 (37,6)**	4 (5,7)	32 (30,5)*

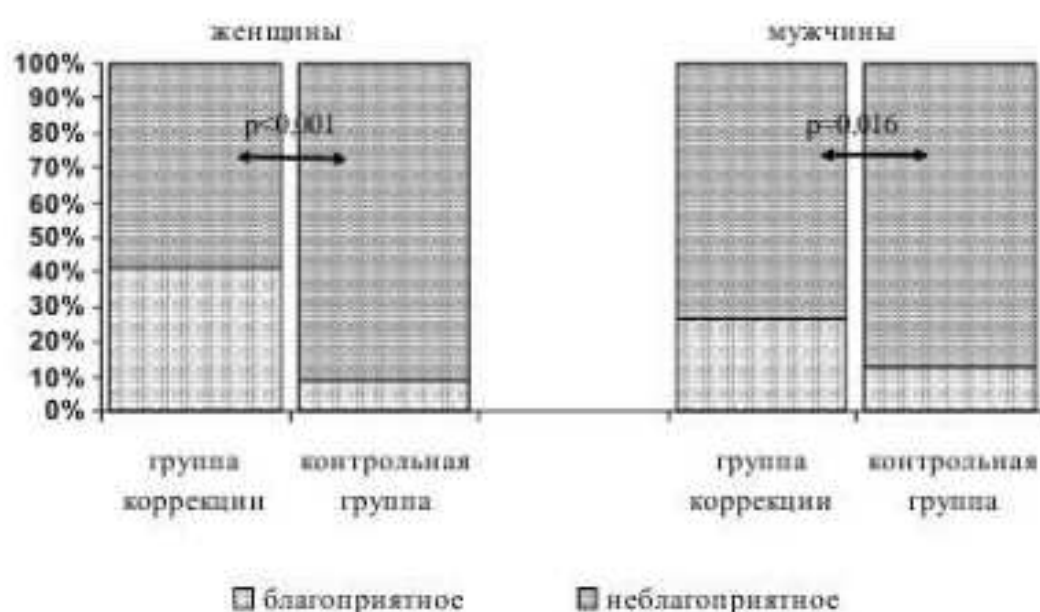
Примечание: различия между группами коррекции и контроля одного пола статистически недостоверны, * $p < 0,01$ по сравнению с женщинами, ** $p < 0,05$ по сравнению с женщинами.

Т а б л и ц а 2 – Сравнительная характеристика различных реабилитационных групп на 5-7 сутки инфаркта миокарда при разделении по возрасту

Показатели	Группа коррекции n=171		Группа контроля n=175	
	До 65 лет n=85 (%)	65 лет и старше n=86 (%)	До 65 лет n=84 (%)	65 лет и старше n=91 (%)
Женщины	48 (56,6)	53 (61,6)	51(60,7)	54 (59,3)
Мужчины	37 (44,4)	33 (38,4)	33 (39,3)	37 (40,7)
СК в анамнезе	20 (23,5)	69 (80,2)**	22 (21,1)	74 (81,3)**
ИМ в анамнезе	11 (12,9)	50 (58,1)*	14 (16,7)	52 (57,1)*
Наличие АГ	50 (58,8)	68 (79,1)	58 (65,5)	75 (82,4)
СД 2 типа	11 (12,9)	19 (22,1)	8 (9,5)	26 (28,6)
Курящие	16 (18,8)	20 (23,2)	18 (21,4)	24 (26,4)
Ожирение	36 (42,4)	30 (34,9)	33 (39,3)	35 (38,5)
Передний ИМ	45 (52,9)	53 (61,6)	62 (73,8)	51 (56,0)
Задний ИМ	39 (45,9)	16 (18,6)	35 (41,7)	23 (25,3)
Передне-задний ИМ	1 (1,2)	7 (8,1)	3 (3,6)	11 (12,1)*
Рецидивирующий ИМ	5 (5,9)	19 (22,1)*	3 (3,6)	12 (13,2)*
РПИСК	6 (7,1)	11 (12,8)	9 (10,7)	10 (10,9)
Класс тяжести ИМ:				
II	25 (29,4)	9 (10,4)*	27 (32,1)	10 (10,9)*
III	28 (32,9)	12 (13,9)	27 (32,1)	14 (15,4)
IV	32 (37,6)	65 (75,5)*	30 (35,7)	67 (73,6)*
ЖНР III градации и выше по Lowp	22 (25,9)	17 (19,8)	25 (46,3)	28 (30,8)

Примечание: различия между группами коррекции и контроля одного возраста статистически недостоверны, * $p < 0,01$ по сравнению с пациентами до 65 лет, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до 65 лет.

Пациенты, задействованные в программе поведенческой реабилитации, как мужчины, так и женщины, отличались более благоприятным течением постинфарктного периода по сравнению с больными, не принимавшими участия в программе (рис.1).



Р и с у н о к 1 – Течение постинфарктного периода у мужчин и женщин в зависимости от наличия реабилитационных мероприятий

В таблице 3 представлены данные о сравнительной клинической эффективности поведенческой реабилитационной программы у пациентов разного пола. Показано, что среди мужчин при оценке эффективности поведенческих программ достоверные различия достигнуты только по двум критериям - числу пациентов со стенокардией высоких функциональных классов и количеству госпитализаций по кардинальным причинам в течение года. Вместе с тем у женщин значимые различия были зарегистрированы по пяти показателям – функциональному классу стенокардии, периодам прогрессирования ИБС и повторным ИМ, госпитализациям по поводу сердечно-сосудистых событий, СН выше I ФК, смерти.

Таблица 3 – Клиническая характеристика различных реабилитационных групп мужчин и женщин при отдаленном наблюдении (год)

Показатели	Мужчины n=206		Женщины n=140	
	Группа коррекции n=101 (%)	Контрольная группа n=105 (%)	Группа коррекции n=70 (%)	Контрольная группа n=70 (%)
СК выше ФК II	37 (36,6)	62 (59,0) p=0,028	12 (17,1)	16 (32,0)
ЖНР выше III гр. Low	20 (19,8)	32 (30,5)	11 (15,7)	8 (16,0)
НК выше ФК I	32 (31,7)	41 (39,0)	21 (30,0)	24 (48,0) p=0,047
НСК	23 (22,8)	28 (26,7)	6 (8,6)	11 (22,0) p=0,048
Повторные ИМ	10 (9,9)	21 (20,0)	4 (5,7)	18 (36,0) p=0,001
Госпитализации	25 (24,8)	57 (54,3) p=0,038	10 (14,3)	29 (58,0) p=0,001
Смерть	4 (3,9)	9 (8,6) p=0,6	2 (2,9)	10 (20,0) p=0,003

Примечание: достоверность различий указана для групп контроля и коррекции одного пола

Таким образом, у женщин при более неблагоприятном течении постинфарктного периода по сравнению с мужчинами в целом, поведенческая реабилитационная программа оказалась даже более эффективной, чем у мужчин.

В последующем оценивалось влияние реабилитационной программы на психологический статус пациентов. Исходно у женщин регистрировался менее благоприятный психологический фон: наблюдались достоверно более высокие уровни депрессии, личностной и реактивной тревожности, ниже были показатели качества жизни

(рис.2).

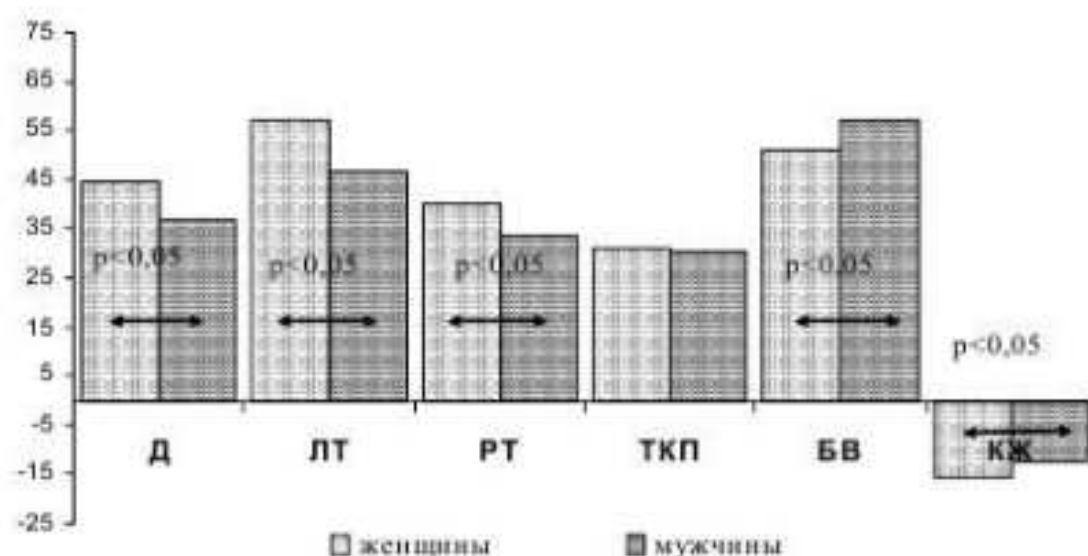


Рисунок 3 – Психоэмоциональный статус у пациентов разного пола в подостром периоде инфаркта миокарда

В мужской группе коррекции по сравнению с контрольной группой через год значительно уменьшились показатели ЛТ, повысился средний балл типа поведения.

Таблица 4 – Динамика средних баллов психологических показателей в различных реабилитационных группах у мужчин с инфарктом миокарда

Показатели	Группа коррекции n=101		Контрольная группа n=105	
	5-7 сутки 1	Год 2	5-7 сутки 3	Год 4
Депрессия, Zung	36,7±1,3	36,8±2,3	37,4±1,1	37,0±1,6
ЛТ	48,2±1,3 $p_{1,2}=0,046$	41,9±2,5 $p_{2,4}=0,043$	45,6±0,7	48,5±2,0
РТ	33,8±1,5	30,3±2,0	29,3±1,9	25,9±1,1
ТКП	30,4±1,2 $p_{1,2}=0,03$	35,1±1,2 $p_{2,4}=0,048$	28,6±0,7 $p_{3,4}=0,041$	31,7±1,2
Качество жизни	-12,4±1,2	-10,5±1,2	-9,9±0,4	-15,3±1,0

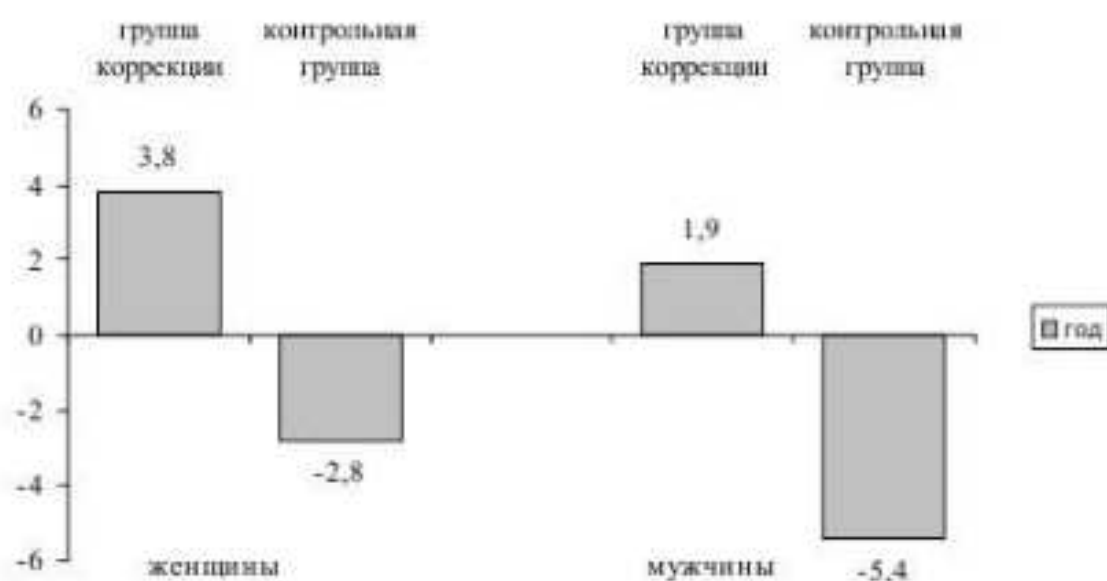
У женщин в группе коррекции положительная динамика в отношении уровней депрессии, ЛТ и РТ была более значительной, чем у мужчин (табл.4), тогда как у пациенток группы контроля в течение года после развития ИМ позитивных изменений психоэмоционального статуса не произошло.

Таблица 4 – Динамика средних баллов психологических показателей в различных реабилитационных группах у женщин с инфарктом миокарда

Показатели	Группа коррекции n=70		Контрольная группа n=70	
	5-7 сутки 1	Год 2	5-7 сутки 3	Год 4
Депрессия, Zung	44,5±0,8	41,5±0,8 $p_{1,2}<0,001$	45,1±1,1	44,9±1,2 $p_{2,4}=0,016$
ЛТ	58,2±1,0	52,2±1,0 $p_{1,2}<0,001$	55,4±1,4	54,5±1,7
РТ	39,9±1,1	36,0±1,2 $p_{1,2}=0,001$	40,1±1,4	40,5±1,9 $p_{2,4}=0,038$
ТКП	30,5±0,6	36,9±0,7 $p_{1,2}<0,001$	31,4±0,8	32,7±0,8 $p_{2,4}<0,001$

Кроме того, у 31 (86,1%) пациентки типа А произошла модификация поведения в тип АБ, у пятерых (15,2%) пациенток типа АБ – в тип Б.

Важным показателем, отражающим эффективность воздействия, является качество жизни, повышение которого – одна из основных целей лечения. Группы, посещавшие занятия Коронарного Клуба, отличались от группы контроля, не только более благоприятным клиническим и психологическим статусом, но и положительной динамикой качества жизни (рис.4).



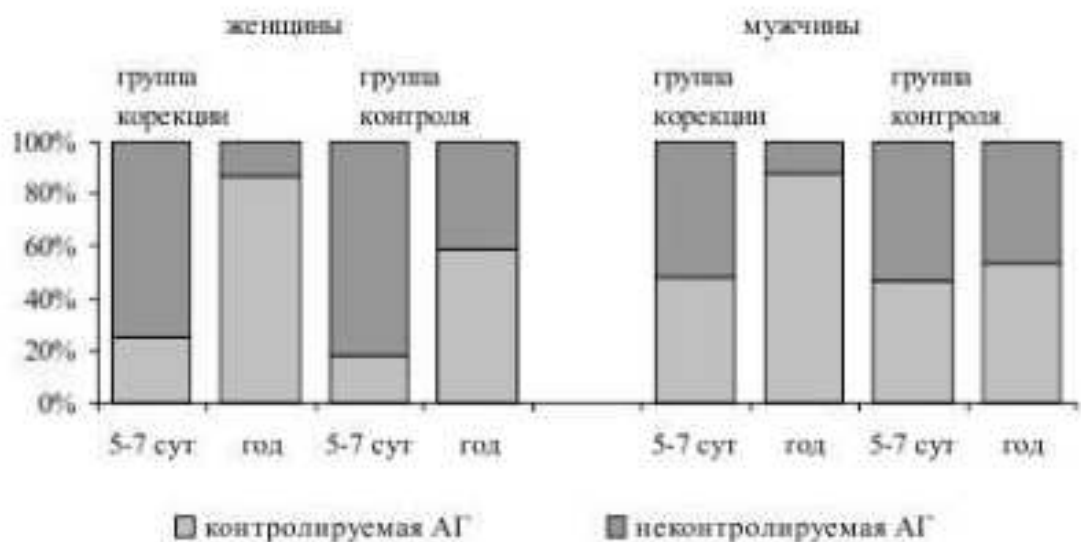
Р и с у н о к 4 - Динамика качества жизни у пациентов разного пола в группах коррекции и контроля в течение года

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало возможности поведенческой реабилитации (программа «Коронарный Клуб») в улучшении психологического профиля как мужчин, так и женщин с ИМ, и показало большую клиническую и психологическую эффективность реабилитационной программы у женщин.

Оптимизация прогноза и психологического статуса пациентов группы коррекции была связана с большей модификацией поведенческих факторов риска прогрессирования ИБС по сравнению с контролем.

Оказалось, что среди больных групп коррекции диету соблюдали более половины больных (40 (57,1%) женщины и 28 (56%) мужчин), тогда как в женской контрольной группе - лишь четверть больных (13 (26%)), а в мужской контрольной группе - пятая часть (10 (20%)), $p < 0,001$.

Через год периодическое повышение артериального давления наблюдалось у 40% пациентов групп контроля, тогда как в группах коррекции - лишь в 10% случаев, $p < 0,001$ (рис.5).



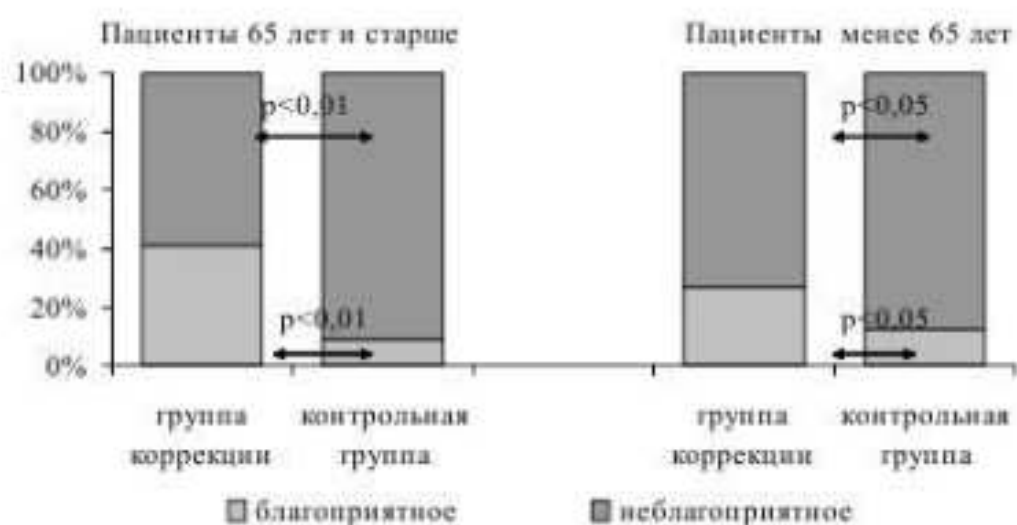
Р и с у н о к 5 - Динамика числа пациентов разного пола с контролируемой артериальной гипертензией в группах коррекции и контроля на разных этапах наблюдения

В течение года в группах коррекции от курения отказались две трети куривших на момент поступления пациентов, как мужчины, так и женщины, тогда как в контрольных группах – лишь четверть больных.

В последнее время в связи с успехами лечения среди постинфарктных больных возрастает доля пациентов пожилого возраста, в связи с чем особое значение придается кардиологической реабилитации среди пожилых [420].

Для оценки эффективности предложенной программы в зависимости от возраста было проанализировано течение постинфарктного периода групп коррекции и контроля у пациентов до 65 лет и старше.

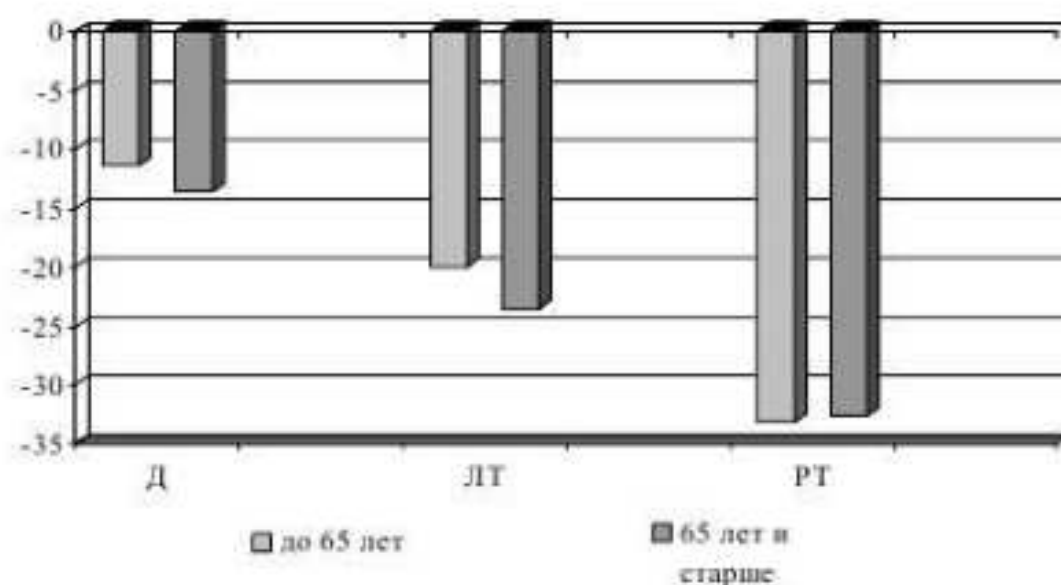
Как видно из рисунка 6, независимо от возраста, в группах коррекции постинфарктный период протекал более благоприятно. Обращает внимание более выраженная положительная динамика у пациентов 65 лет и старше, что свидетельствует о большей эффективности реабилитационного воздействия у пожилых пациентов.



Р и с у н о к 6 – Течение постинфарктного периода в зависимости от возраста и наличия реабилитационных мероприятий

При исходно более высоких средних баллах депрессии и тревоги, как это было показано ранее, на фоне занятий по программе поведенческой реабилитации процент снижения этих симптомов у пожилых был больше, чем у пациентов до 65 лет, что

подтверждает позитивное влияние реабилитационной программы на психоэмоциональный статус больных различного возраста (рис.7).



Р и с у н о к 7 – Процент снижения средних уровней депрессии, личностной и реактивной тревожности через 3 месяца по сравнению с исходными в группах коррекции, разделенных по возрасту

В настоящее время не существует четких рекомендаций по продолжительности реабилитационного воздействия.

Для определения эффективности длительной программы поведенческой реабилитации из пациентов группы коррекции 40 человек (25 мужчин, 15 женщин, средний возраст $64,8 \pm 0,8$) посещали занятия Клуба в течение года. При анализе модификации поведенческих факторов риска в группе годового посещения Клуба выявлена более значительная положительная динамика по сравнению с группой менее длительного посещения.

При сравнительно одинаковых средних баллах психологических показателей через три месяца, в группе, продолжавшей воздействие, к годовому этапу уровни депрессии, тревоги снизились более значительно по сравнению с пациентами, завершившими реабилитацию к трем месяцам (табл.5).

Т а б л и ц а 5 – Динамика модифицируемых факторов риска у пациентов с инфарктом миокарда с различной продолжительностью реабилитационной программы

Показатели	Группа коррекции в течение	Группа коррекции в течение 3
	года	месяцев

	n=40		n=171	
	5-7 сутки 1	Год 2	5-7 сутки 3	Год 4
Депрессия, Zung	44,7±0,9	37,6±0,8	44,8±1,0	42,4±1,2 p ₂₋₄ =0,02
Депрессия, HADS	9,3±0,5	5,9±0,6	9,5±0,7	7,7±0,5 p ₂₋₄ =0,07
Депрессия, Beck	17,2±1,0	12,1±0,8	18,6±0,8	14,9±1,1
ЛТ	56,4±1,4	45,6±1,0	57,8±1,2	51,8±1,4 p ₂₋₄ =0,02
РТ	37,8±1,2	34,2±1,2	39,3±1,3	36,5±1,4
Тревожность, HADS	9,8±0,6	5,8±0,5	9,2±0,8	7,5±0,8
ТКП	30,8±0,8	36,6±0,7	30,6±0,8	36,7±0,8
БВ	51,2±1,0	47,8±0,8	50,5±1,0	48,8±1,6

Было показано, что к годовому этапу среди пациентов, закончивших посещение занятий, снизилось количество соблюдающих диету, контролирующих АД, возрос уровень холестерина. Напротив, в группе пациентов, продолжавших занятия в Клубе в течение года, большинство пациентов продолжали придерживаться диеты и контролировать АД. Уровень холестерина сохранялся на достигнутых цифрах (табл.6).

Таблица 6 – Эффективность модификации факторов риска в различных реабилитационных группах (%)

Показатели	Группа коррекции в течение 3 месяцев n=131 (%)		Группа коррекции в течение года n=40 (%)		p1-2	p 2-4
	3 месяца 1	Год 2	3 месяца 3	Год 4		
Диета	95 (72,5)	55 (41,9)	36 (90)	29 (72,5)	<0,001	<0,01
АГ	19 (14,5)	36(27,5)	5 (12,5)	4 (10)	<0,01	<0,01
ХС, ммоль/л	4,4±0,4	5,2±0,4	4,2±0,2	4,4±0,4	<0,001	<0,001

Следовательно, для пациентов, перенесших ИМ, нужно рекомендовать длительное поведенческое воздействие, которое позволяет добиться стойкого контроля над модифицируемыми факторами риска.

Заключение.

Постинфарктная реабилитационная программа продемонстрировала свою независимую от пола и возраста пациентов эффективность. Женщины и пациенты пожилого возраста оказались более подвержены поведенческим воздействиям по сравнению с мужчинами и пациентами до 65 лет. Использование поведенческой реабилитационной программы у пациентов с Q-образующим ИМ значительно снижает вероятность развития в течение года в женской группе СН выше ИФК, реинфаркта, сердечной смерти, в мужской группе – количество приступов стенокардии, независимо от пола – количество повторных госпитализаций. Используемая программа поведенческой реабилитации может быть предложена для внедрения как в кардиологических отделениях, так и на санаторно-амбулаторном этапе. Длительное (не менее года) посещение пациентами «Коронарного Клуба» оптимально для поддержания сформированной модификации к здоровому образу жизни и контролю за факторами риска, а при необходимости обеспечивает своевременное оказание психологической поддержки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для выявления депрессии, высокой личностной и реактивной тревожности с последующей оценкой годового прогноза у пациентов с ОИМ необходимо использовать шкалу оценки депрессии Zung, шкалы оценки личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина независимо от пола и возраста пациентов.
2. Все пациенты с ОИМ, независимо от пола и возраста, должны в течение года участвовать в поведенческих реабилитационных программах с включением тематических лекций-бесед, рационально-разъяснительной психотерапии, поведенческой психотерапии.
3. При выявлении уровня депрессии более 45 баллов по шкале Zung в дополнение к психотерапии необходимо назначать сертралин в дозе 50 мг сроком до 6 месяцев.

Список литературы:

1. 51 Аронов Д.М., Бубнова Г.М. Реальный путь снижения в России смертности от ишемической болезни сердца. // Кардиосоматика, -№1. -2010. -С.11-17
2. 3 Аронов, Д. М. Постстационарная реабилитация больных основными сердечно-сосудистыми заболеваниями на стационарном этапе / Д. М. Аронов // Кардиология. – 1998. – №8. – С. 69-77.
3. 17 Вторичная профилактика ишемической болезни сердца: современный взгляд на проблему / Е. В. Кокурна, С. А. Шальнова, А. М. Калинин и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – № 3, ч. II. – С. 81-86.
4. 24 Гиляревский С.Р. Албука вторичной профилактики ишемической болезни сердца. Тактика и стратегия лечения больных, перенесших острый коронарный синдром или инфаркт миокарда / Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – №3. – С. 12–15. Сердце. – 2002. - №1 (1). – С. 34-37.
5. 27 Депрессия при инфаркте миокарда – фактор или маркер риска? / Ю. А. Васюк, А. В. Лебедев, С. В. Иванова и др. // РМЖ. – 2006. – № 3. – С. 47-49. 496.

6. 22 Зайцев В.П. Определение качества жизни у больных инфарктом миокарда. // Кардиология. - 1986. - №3. - С.42
7. 23 Гоштаутас, А. Влияние стрессогенного поведения (типа А) на заболеваемость инфарктом миокарда и смертность по данным наблюдения в течение 25 лет / А. Гоштаутас, А. Перминас, Л. Вилкаускас // Lithuanian J. Cardiol. - 1999. - № 6.
8. 66 Лебедева Н.Б., Якушева Е.Ю., Барбараш О.Л. Гендерные особенности психологической реабилитации больных инфарктом миокарда // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2007. - № 6 (5). - С. 89
9. 61 Лебедева Н.Б., Барбараш О.Л. Психосоциальные факторы, определяющие прогноз у больных инфарктом миокарда // Российский кардиологический журнал. - 2003. - № 4. - С.98-99.
10. 60 Лебедева Н.Б., Барбараш О.Л., Жукова Е.Ю. Эффективность поведенческих реабилитационных программ у больных инфарктом миокарда в зависимости от типа коронарного поведения // Кардиология. - 2001. - № 12. - С. 73
11. 62 Лебедева Н.Б., Тарасов Н.И., Барбараш О.Л. Психосоциальные особенности пациентов с ОИМ и эффективность реабилитационных программ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2005. - № 6 - С. 65-70.
12. 57 Погосова, Г. В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению / Г. В. Погосова // Кардиология. - 2004. - № 1, - С. 88-92.
13. 59 Погосова, Г. В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты / Г. В. Погосова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2006. - № 5. - С. 75-80.
14. 62 Положенцев, С. Д. Поведенческий фактор риска ИБС / С. Д. Положенцев, Д. А. Руднев. - Л.: Наука, 1990. - 252 с.
15. 59 Репин А.Н., Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н. Комплексная реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами. // Кардиосоматика. - №1, -2010. -С.51-56.
16. 71 Старостина, Е. Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога / Е. Г. Старостина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2006. - № 5. - С. 111-120.
17. 82 Шафикова, А. Г. Дифференцированная психотерапия больных инфарктом миокарда на стационарном этапе реабилитации / А. Г. Шафикова. - М., 1990.

18. 98Эффективность мероприятий по ранней психологической реабилитации больных ишемической болезнью сердца / А. Гоштаутас, Л. Шинкарева, Л. Густайнене и др. // Кардиология. – 2004. – № 7. – С. 35-39.
19. 93Albert, C. M. Phobic Anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women / C. M. Albert, C. U. Chae, K. M. Reponde // *Circulation*. – 2005. – Vol. 111. – P. 480-487.
20. 103Association of hostility with coronary artery calcification in young adults: the CARDIA study. Coronary artery risk development in Young Adult / K. Matthews, C. Iribarren, D. Bild et al. // *JAMA*. – 2000. – Vol. 283, N 19. – P. 2546-2551.
21. 89Ades, P. A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease / P. A. Ades // *N Engl J Med*. – 2001. – Vol. 345. – P. 892-902.
22. 121Bruce, E. C. Depression, alterations in platelet function and ischemic heart disease / E. C. Bruce, D. L. Musselman // *Psychosom Med*. – 2005. – Vol. 67, Suppl. 1. – P. 34-36.
23. 123Byrne, D.G. Type A behavior, life events and myocardial infarction: independent or related risk factors? / D. G. Byrne // *Brit. J. Med. Psychol*. – 1981. – Vol. 54. – P. 371-377.
24. 116Bosma, H. Low job control and risk of coronary heart disease in whitehall prospective cohort study / H. Bosma, M. Marmot // *Brit. Med. J*. – 1997. – Vol. 314. – P. 558-559.
25. 133Case, R. B. Type A behavior and survival after myocardial infarction / R. B. Case, S. S. Heller, A. J. Moss // *N. Engl. J. Med*. – 1989. – Vol. 321. – P. 737-741.
26. 129Carney, R. M. Depression and late mortality after myocardial infarction in the enhancing recovery in coronary heart disease (ENRICHD) study / R. M. Carney, J. A. Blumenthal, K. E. Freedland // *Psychosom. Med*. – 2004. – Vol. 66. – P. 466-474.
27. 125Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community / B. J. Witt, S. J. Jacobsen, S. A. Weston et al. // *J Am Coll Cardiol*. – 2004. – Vol. 44. – P. 983-996
28. 124Cardiac rehabilitation / N. K. Wenger, E. S. Froelicher, L. K. Smith et al. // *Clinical Practice Guideline*. – 1995. – Vol. 17. – P. 243-248.
29. 127Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease / A. S. Leon, B. A. Franklin, F Costa et al. // *Circulation*. – 2005. – Vol. 111. – P. 369-376.
30. 162Decreased impact of post-myocardial depression on cardiac prognosis? / T. A. Spijkerman, H. S. van den Brink, J.F. Mat et al. // *J. Psychosom. Res*. – 2006. – Vol. 61. – P. 493-499.

31. 182 Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5, 057 patients referred for exercise testing / C. Herrmann, S. Brand-Driehorst, U. Buss et al. // *J of Psychosom Res.* – 2000. – Vol. 48. – P. 455-426.
32. 175 Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial / J. A. Blumenthal, A. Sherwood, M. Babyak et al. // *JAMA.* – 2005. – Vol. 293. – P. 1626-1634.
33. 200 Friedman, M. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project / M. Friedman, C. E. Thoresen // *Am. Heart J.* – 1986. – Vol. 112. – P. 653-665.
34. 201 Friedman, M. Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings / M. Friedman, R. H. Rosenman // *JAMA.* – 1959. – Vol. 169. – P. 1286-1296.
35. 198 Frasure-Smith, N. Reflections on depression as a cardiac risk factors / N. Frasure-Smith, F. Lesperance // *Psychosom. Med.* – 2005. – Vol. 67. – P. 19-25.
36. 132 Carney, R. M. Major Depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. / R. M. Carney, R. E. Freedland, J. Saini // *Psychosom. Med.* – 1988. – Vol. 50 – P. 627-633.
37. 192 Frasure-Smith, N. Gender, depression and one-year prognosis after myocardial infarction / N. Frasure-Smith, F. Lesperance, M. Juheau // *Psychosom Med.* – 1999. – Vol. 61 (1). – P. 26-37.
38. 210 Goodman, M. Hostility predicts restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty / M. Goodman, J. Quigley // *May. Clin. Proc.* – 1996. – Vol. 71. – P. 729-734
39. 205 Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors / L. Jackson, J. Lecler, Y. Linden et al. // *Heart.* – 2005. – Vol. 91. – P. 10-14.
40. 209 Grace, S. L. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events / S. L. Grace, S. E. Abbey, J. Irvine // *Psychoter. Psychosom.* – 2004. – Vol. 67. – P. 344-352.
41. 217 Hemingway, H. Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies / H. Hemingway, M. Marmot // *Brit. Med. J.* – 1999. – Vol. 318. – P. 1460-1467.
42. 238 Jaarsma, T. H. Problems of cardiac patients in early recovery / Jaarsma T. H. // *J. Of Advanced Nursing* – 1995. – Vol. 21. – P. 21-27.

43. 242 Johnston, D. W. Type A behaviour and ischemic heart disease in middle-aged British men / D. W. Johnston, D. G. Cook // *Brit. Med. J.* – 1987. – Vol. 295. – P. 86-89.
44. 244 Joynt, K. E. Lessons from STADHART, ENRICHED, and other trials / K. E. Joynt, C. M. O'Connor // *Psychosom Med.* – 2005. – Vol. 67, Suppl. 1. – P. 63-66.
45. 250 Kawachi, I. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the normative aging study / I. Kawachi, D. Sparrow // *Circulation.* – 1994. – Vol. 90. – P. 2225-2229.
46. 259 Lane, D. Mortality and quality of life 12 month after myocardial infarction: effects of depression and anxiety / D. Lane, D. Carroll, C. Ring // *Psychosom. Med.* – 2001. – Vol. 63. – P. 221-230.
47. 293 Mayou, R. A. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction / R. A. Mayou, D. Gill, D. R. Thompson // *Psychosom. Med.* – 2000. – Vol. 62. – P. 212-219.
48. 296 Mers, B. Mental stress and myocardial ischemia correlates and potential interventions / B. Mers, A. Rosansky // *Texas Heart Ynst. J.* – 1993. – Vol. 20 (3). – P. 152-157.
49. 298 Miller, G. E. Cynical hostility, depressive symptoms and expression of inflammatory risk markers for coronary heart disease / G. E. Miller, K. E. Freedland, R. M. Carney // *J. Behav. Med.* – 2003. – Vol. 26. – P. 501-515.
50. 297 Merz, N. B. Remodeling cardiac rehabilitation into secondary prevention programs / N. B. Merz, A. Rozanski // *Am. Heart J.* – 1996. – Vol. 13. – P. 418-421.
51. 309 Musselman, D. L. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment / D. L. Musselman, D. L. Evans, C. B. Nemeroff // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1998. – Vol. 55. – P. 580-592.
52. 315 Only incident depressive episodes after myocardial infarction are associated with new cardiovascular events / P. Jonge, H. S. Rob, T. A. Spijkerman et al. // *J. of Am. Coll. Of. Card.* – 2006. – Vol. 48. – P. 2203-2208.
53. 226 Spielberger, C. D. Manual for the state-trait anxiety inventory / C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1983. – P. 1-36.
54. 385 Steptoe, A. Psychosocial factors in the aetiology of coronary heart disease / A. Steptoe // *Heart.* – 1999. – Vol. 82. – P. 258-259, 222.
55. 366 Sertraline AntiDepressant Heart Attack Randomized Trial Study Group. Platelet/endothelial biomarkers in depressed patients treated with the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline after acute coronary events: the Sertraline AntiDepressant

- Heart Attack Randomized Trial (SADHART) Platelet Substudy / V. L. Serebruany, A. H. Glassman, A. I. Malinin // *Circulation*. – 2003. – Vol. 108. – P. 939-944.
56. 412 Usefulness of psychosocial treatment of mental stress-induced myocardial ischemia in men / J. A. Blumenthal, M. Babyak, J. Wei, et al. // *Am J Cardiol*. – 2002. – Vol. 89. – P. 164-168.
57. 421 Whiteman, M. C. Hostility and the heart / M. C. Whiteman, F. G. Fowkes, U. Deary // *Brit. Med. J.* – 1997. – Vol. 315. – P. 379-380.
58. 420 Wennnger, N. K. Current status of cardiac rehabilitation / N. K. Wennnger // *Am. Coll. Cardiol.* – 2008. – Vol. 51. – P. 1620-1629.
59. 424 Williams. R. B. Type A behaviour, hostility and coronary atherosclerosis / R. B. Williams, T. L. Haney, K. L. Lee // *Psychosom. Med.* – 1980. – Vol. 42. – P. 539-549.
60. 430 Zung, W. W. K. A self-ration depression scale / W. W. K. Zung, N. C. Duram // *Arch Gen Psychiatry*. – 1965. – Vol. 12, P. 63-70.

Приложение

Шкала депрессии		Никогда <small>никогда</small>	Иногда	Часто	Почти всегда <small>всегда</small>
Инструкция: внимательно прочитайте каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не раздумывайте, любой ответ – правильный.					
1.	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2.	Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3.	У меня бывают периоды плача или близко к слезам	1	2	3	4
4.	У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5.	Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6.	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин/мужчин; разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7.	Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8.	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9.	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10.	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11.	Я мыслю так же ясно, как всегда	1	2	3	4
12.	Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13.	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14.	У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15.	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16.	Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17.	Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4

18.	Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19.	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20.	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

Шкала реактивной и личностной тревожности		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
Инструкция: внимательно прочитайте каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не раздумывайте, любой ответ - правильный.					
1.	Я спокоен	1	2	3	4
2.	Мне ничего не угрожает	1	2	3	4
3.	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4.	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5.	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6.	Я расстроен	1	2	3	4
7.	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8.	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9.	Я встревожен	1	2	3	4
10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11.	Я уверен в себе	1	2	3	4
12.	Я нервничаю	1	2	3	4
13.	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14.	Я взвинчен	1	2	3	4
15.	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16.	Я доволен	1	2	3	4
17.	Я озабочен	1	2	3	4
18.	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19.	Мне радостно	1	2	3	4
20.	Мне приятно	1	2	3	4
21.	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22.	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23.	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24.	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25.	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26.	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27.	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28.	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29.	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30.	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31.	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32.	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33.	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34.	Я стараюсь избегать трудностей и критических ситуаций	1	2	3	4
35.	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36.	Я доволен	1	2	3	4

37.	Всекие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39.	Я – уравновешенный человек	1	2	3	4
40.	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Определение типа коронарного поведения

Ситуации и варианты поведения	Баллы
По сравнению с другими людьми мы перегружены работой - больше - примерно также - меньше или совсем не перегружены	1 2 3
Ваша повседневная жизнь заполнена делами и проблемами - которые необходимо решить - такими же делами, как у большинства людей - делами, не требующими внимания и напряжения	1 2 3
Когда Вы взволнованы или чем-то озабочены, Вы - немедленно принимаете меры, чтобы решить проблему - прежде тщательно разрабатываете план	1 2
Вы кушаете быстрее других? - обычно заканчиваю кушать первым - несколько быстрее, чем другие - так же, как и все - медленнее других	1 2 3 4
Часто ли Вы делаете несколько дел сразу? - да, если возможно - делаю два дела сразу только в цейтноте - почти никогда не берусь за два дела сразу	1 2 3
Возникает ли у Вас желание поторопить человека, долго высказывающего свою мысль («ближе к делу»)? - часто - иногда - почти никогда	1 2 3
Когда Вы играете в игры (домино, шахматы, волейбол и др.), Вы - все силы напрягаете для выигрыша - стараетесь, но не прилагаете особых усилий - для Вас это развлечение, и выигрыш не важен	1 2 3
Насколько активным Вы себя представляете в настоящее время? - хочу быть первым, лучшим; подстегиваю себя - иногда склонен подстегивать себя; мне нравится быть лучшим, первым - никогда не напрягаюсь, легко смотрю на вещи	1 2 3
Как Ваша жена/муж/лучший друг/подруга оценивают Вашу энергичность? - следовало бы уменьшить активность, слишком энергичен	1 2

	- средние, но большую часть времени занят делом - слишком медлителен, мог бы быть познергичнее	3
Могли бы хорошо знающие Вас люди сказать, что Вы слишком серьезно относитесь к своей работе?	- да, могли бы - вероятно, могли бы - пожалуй, не могли бы - нет, не могли бы	1 2 3 4
Могли бы хорошо знающие Вас люди сказать, что Вы способны сделать очень многое в короткий срок?	- да, могли бы - вероятно, могли бы - пожалуй, не могли бы - нет, не могли бы	1 2 3 4
Могли бы хорошо знающие Вас люди сказать, что Вы легко раздражаетесь? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div>	- да, могли бы - вероятно, могли бы - пожалуй, не могли бы - нет, не могли бы	1 2 3 4
Считают ли люди, хорошо Вас знающие, что Вы склонны делать многое в спешке?	- да, считают - вероятно, считают - пожалуй, не считают - нет, не считают	1 2 3 4
Бывает ли, что во время отпуска Вы не можете отвлечься от мыслей о своей работе?	- да, часто - да, изредка - нет, никогда	1 2 3
Часто ли Вы приходите на работу до начала рабочего дня и задерживаетесь с делами после работы? невозможно	- раз в неделю и чаще - реже раза в неделю - почти никогда - на моей работе это	1 2 3 4
Как по сравнению с другими Вы относитесь к жизни в целом? серьезно	- гораздо серьезнее - серьезнее - так же, как и другие - несколько менее	1 2 3 4

Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

	-2	-1	0	+1
Причины снижения качества жизни	Очень переживаю	Мне это неприятно	Отношусь безразлично	Рад этому
Необходимость лечиться				
Необходимость ограничивать физические усилия				
Необходимость ограничивать умственную работу				
Необходимость ограничивать поездки в общественном				

транспорте				
Необходимость избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению				
Необходимость ограничивать трудовую деятельность				
Понижение в заработной плате				
Понижение в должности				
Необходимость в ограничении в проведении досуга				
Необходимость ограничений в занятиях физкультурой и спортом				
Необходимость ограничений в ведении домашнего хозяйства				
Необходимость ограничений в питании				
Необходимость ограничений в половой жизни				
Изменение взаимоотношений с близкими				
Изменение взаимоотношений с друзьями и сослуживцами				
Уменьшение контактов с друзьями и сослуживцами				
Запрет на курение				