

rituximab-refractory follicular non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol.* 2002;20:3262–3269

5. Harjunpaa A, Wiklund T, Collan J, Janes R, Rosenberg J, Lee D, Grillo-Lopez A and Meri S. (2001). *Leukemia Lymphoma*, 42, 731–738.

6. Osterborg A, Dyer MJ, Bunjes D, Pangalis GA, Bastion Y, Catovsky D and Mellstedt H. (1997). *J. Clin. Oncol.*, 15, 1567–1574

7. Jazirehi AR, Bonavida B. Cellular and molecular signal transduction pathways modulated by rituximab (rituxan, anti-CD20 mAb) in non-Hodgkin's lymphoma: implications in chemosensitization and therapeutic intervention. *Oncogene*, 2005;24:2121–2143.

8. Nieves Diaz, MD*, Eugeny A. Osmanov, MD*, Yulia A. Alexeeva, MD*, Mikhail Yu Byakhov, MD*, Oleg N. Lipatov, MD*, Sergey K. Kravchenko, MD*, Ilya S. Zuzgin, MD*, Felix T. Garzon, MD*, Laurence Elias, MD* and Philippe Solal-Celigny, MD. Safety and Tolerability of the Combination of Interleukin-2 (rIL-2) and Rituximab in Patients with Refractory/Relapsed Follicular Non Hodgkin Lymphoma. Preliminary Data from the Pearl Study. *Blood* (ASH Annual Meeting Abstracts) 2005 106: Abstract 4783

9. Golay J, Zaffaroni L, Vaccari T, et al. Biologic response of B lymphoma cells to anti-CD20 monoclonal antibody rituximab in vitro: CD55 and CD59 regulate complement-mediated cell lysis. *Blood*, 2000;95:3900–3908

Мультидисциплинарная реабилитация больных с сердечно-сосудистой патологией — неотъемлемый компонент высокотехнологичных методов лечения

Дидур М.Д., Кутузова А.Э., Евдокимова Т.А.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

Резюме

Высокотехнологичные методы лечения подразумевают внедрение мультидисциплинарного реабилитационного вмешательства, обеспечивающего достижение максимально возможной физической, психической, профессиональной, экономической и социальной независимости больного. Кардиолог или кардиохирург координируют деятельность остальных членов мультидисциплинарной команды — специалистов по физической и психологической реабилитации, диетолога, преподавателя «школы пациента». Необходимо, чтобы работа мультидисциплинарной команды проводилась на всех этапах оказания высокотехнологичной медицинской помощи кардиологическим больным, в частности, в период предоперационной подготовки, а также после завершения стационарного и санаторного лечения. Деятельность мультидисциплинарной реабилитационной службы невозможна без научного обоснования стандартов ранней реабилитации и восстановительного лечения, контроля за эффективностью выполняемых мероприятий, а также соответствующего материально-технического оснащения и подготовки сертифицированных специалистов.

Ключевые слова: мультидисциплинарная реабилитация, мультидисциплинарная команда, высокотехнологичная медицинская помощь.

В современной кардиологической практике высокотехнологичные методы лечения подразумевают внедрение сопутствующего реабилитационного вмешательства, которое, согласно определению экспертов ВОЗ [8], представляет собой «совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушенными в результате заболеваний функциями приспособление к новым условиям жизни в обществе». Таким образом, основной целью реабилитации является достижение максимально возможной (индивидуальной) полноценности, а также физической, психической, профессиональной, экономической и социальной независимости больного, что, в свою очередь, определяет комплексность и взаимное сочетание физического, психического и социального компонентов восстановительного лечения.

С помощью регулярных физических тренировок у кардиологических больных возможно повышение аэробной физической работоспособности и качества жизни, уменьшение массы тела, увеличение содержания

липопротеидов высокой плотности [1, 9, 10]. Позитивные изменения психического статуса пациентов являются одним из неожиданных, но весьма существенных результатов регулярных физических тренировок [4, 14]. Для обеспечения безопасности занятий физическими нагрузками необходимо проведение объективной оценки состояния больного с сердечно-сосудистой патологией (в частности, выполнение стандартных стресс-тестов) для определения степени его детренированности, выявления возможных рисков и расчета степени интенсивности тренировок. Предпочтительными являются аэробные динамические нагрузки умеренной мощности (менее 60% от пороговой), которые оказывают, преимущественно, системное воздействие за счет снижения симпатической активности, нормализации эндотелиальной функции, роста продукции оксида азота, уменьшения интенсивности анаэробного обмена, увеличения эффективности доставки и экстракции кислорода тканями, нормализации функции митохондрий и положительных ультраструктурных

изменений скелетной мускулатуры. Стандартная программа представляет собой курс регулярных (3–5 раз в неделю до 30–40–60 минут) занятий, включающих в себя «полевые» тренировки, т.е. дозированную ходьбу, упражнения на тренажерах (вело- и гребном, беговой дорожке), умеренные силовые нагрузки (упражнения с гантелями весом от 1 до 3 кг), степ-нагрузки, плавание и занятия в воде (гидрокинезитерапия), гимнастические упражнения для коррекции осанки и развития гибкости, танцы [11, 16].

Амбулаторные физические тренировки могут выполняться либо под наблюдением медицинского персонала (контролируемые), либо самостоятельно (неконтролируемые). Неконтролируемая амбулаторная физическая реабилитация возможна для нетяжелых, психологически адекватных, мотивированных и комплаентных пациентов. Необходимым условием для обеспечения безопасности амбулаторных физических тренировок является адекватное регулярное медикаментозное лечение больного и его стабильное компенсированное состояние.

В связи с тем, что от 30% до 60% пациентов с острыми и хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы страдают аффективными расстройствами, психологически дезадаптированы и напряжены, а незрелые неконструктивные стратегии разрешения стрессовых ситуаций, в том числе, связанных с основным соматическим жизнеопасным заболеванием, становятся базовыми в их поведении [5, 7, 17], психологическая реабилитация должна рассматриваться как рутинный компонент высокотехнологичного лечения данного контингента больных. Результатами психологической коррекции пациентов с сердечно-сосудистой патологией становятся улучшение их психоэмоционального состояния и увеличение удовлетворенности своим качеством жизни, а также повышение столь существенной для всех этапов лечебно-реабилитационных мероприятий готовности к сотрудничеству и приверженности к выполнению врачебных рекомендаций. Дополнительным значимым, но не всегда учитываемым эффектом психологического реабилитационного вмешательства у пациентов с сердечно-сосудистой патологией является рост их физической работоспособности.

В кардиологической практике положительно себя зарекомендовали когнитивно-поведенческая психотерапия, семейно-ориентированная психотерапия, арт-терапия, релаксационные техники и аутотренинг. При выявлении у пациента аффективных расстройств нередко требуется проведение курсового (не менее 6–8 недель) лечения тимоаналетиками, либо фармакотерапии анксиолитиками [13].

Необходимым элементом высокотехнологичного лечения любого кардиологического больного является обучение и информирование. В этом случае реабилитационное вмешательство организуется в рамках работы «школы пациента», которая может проводиться как под контролем врача, так и специально подготовленного среднего медицинского персонала. Тематика образовательных занятий для пациентов общепринята — это информация о заболевании, методах его медикаментозного и немедикаментозного лечения, сведения о факторах риска сердечно-сосудистой

патологии, способах контроля за своим состоянием, навыки самопомощи. Следует отметить, что при разработке программ обучения целесообразно учитывать психологические особенности слушателей «школы» и дополнительно обучать посетителей «школьных» занятий приемам снижения эмоциональной напряженности и психологического дискомфорта, а также способам конструктивного решения возникающих жизненных трудностей.

Методика информирования и обучения пациентов может быть разнообразной: от групповых и индивидуальных занятий больных на отделениях стационара, в санатории или поликлинике, до заочных «телефонных школ». Продолжительность программ «школы пациента» также широко варьирует — от разовых до цикловых занятий. Результатами обучения больных являются: повышение качества жизни и переносимости физических нагрузок, увеличение приверженности к врачебным рекомендациям и эффективности лечения [3, 6, 12]. Чрезвычайно важно повышать «выживаемость» знаний пациентов, приобретенных на занятиях в «школе», что подразумевает необходимость периодических последующих очных (или «телефонных») визитов слушателей к преподавателям «школы больного».

В отечественной кардиологической практике физическая реабилитация, чаще всего, завершается после выписки больного из стационара или санатория. Психологическая реабилитация также выполняется, преимущественно, на этапах стационарного или санаторно-курортного лечения. Между тем, мировой опыт доказывает перспективность долгосрочной (многолетней) комплексной реабилитации, базирующейся на мультидисциплинарном подходе и привлечении заинтересованных специалистов, объединенных в единую команду, в которой правом решающего голоса обладает кардиолог или кардиохирург [2, 15]. Следует отметить, что в РФ система мультидисциплинарной реабилитации, предусматривающей преемственность всех этапов высокотехнологичного лечения больного с сердечно-сосудистой патологией, пока отсутствует. Мультидисциплинарных команд, заинтересованных в длительном сопровождении пациента в новых для него условиях жизни с болезнью сердца и помогающих в решении его индивидуальных, конкретных проблем, пока также нет. Однако, без соответствующей поддержки планомерное изменение стиля жизни и поведения может стать для больного с сердечно-сосудистой патологией трудновыполнимой задачей, что будет снижать эффективность высокотехнологичных методов лечения. Ожидать, что врач поликлиники сможет не только контролировать состояние пациента, но и вовлекать его в программу долгосрочных регулярных физических тренировок, корректировать мощность тренирующих нагрузок, обеспечивать адекватную психологическую помощь, информировать, обучать и отслеживать комплаенс — вряд ли возможно. Решением данной проблемы могло бы явиться формирование в специализированных центрах оказания высокотехнологичной кардиологической медицинской помощи мультидисциплинарных команд — «мобильной» службы реабилитационного вмешательства, максимально

приближенной к больному и следующей за ним от момента поступления в стационар до завершения всех последующих этапов высокотехнологичного лечения. Предполагается, что кардиолог или кардиохирург будут координировать деятельность остальных членов мультидисциплинарной команды, а именно: специалиста по физической реабилитации, способного назначить, провести и оценить результаты безопасного курса физических нагрузок; специалиста по психологической реабилитации, обеспечивающего психологическую диагностику и психорегулирующее вмешательство; диетолога. Работу мультидисциплинарной команды необходимо начинать как можно раньше: в хирургическом отделении — в предоперационном периоде, в отделениях острого коронарного синдрома, хронической сердечной недостаточности (ХСН), хронической ИБС и артериальной гипертензии — после стабилизации состояния больного. Раннее реабилитационное вмешательство подразумевает стратификацию риска, оценку функциональных возможностей и психического статуса пациента. Предоперационная подготовка в кардиохирургическом отделении должна включать в себя также информирование больного об особенностях раннего послеоперационного периода, предполагаемом ходе послеоперационной активизации, а также обучение его дыхательным и гимнастическим упражнениям, релаксационным методикам, которые понадобятся в раннем послеоперационном периоде. Ранняя послеоперационная фаза реабилитационного вмешательства предполагает обеспечение у пациента адекватных вентиляции легких и обезболивания, позиционирование в постели и раннюю мобилизацию, коррекцию осанки, психологическую помощь и обучение необходимым мероприятиям по изменению «стиля жизни». Результатами предоперационного и раннего послеоперационного реабилитационного вмешательства могут стать улучшение функциональных возможностей больного, снижение его психологической напряженности, успешная профилактика осложнений, эффективная подготовка к дальнейшим этапам восстановительного лечения, а, следовательно, ранняя выписка из стационара. Мультидисциплинарная реабилитация больных с неосложненной и осложненной ИБС также может обеспечить решение индивидуальных задач по увеличению толерантности к нагрузкам, уменьшению выраженности дистресса и психологического дискомфорта, росту качества жизни каждого конкретного пациента.

После завершения стационарного и санаторного этапов лечение дальнейшее реабилитационное вмешательство, супервизию контролируемых программ и консультации самостоятельно тренирующихся пациентов члены мультидисциплинарной команды могут выполнять в рамках работы групп диспансерного наблюдения.

Безусловно, деятельность мультидисциплинарной реабилитационной службы невозможна без научного обоснования стандартов ранней реабилитации и восстановительного лечения, контроля за эффективностью выполняемых мероприятий, а также соответствующего материально-технического оснащения и подготовки сертифицированных специалистов.

Литература

1. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Погосова Г.В. Постстационарный этап реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Сердце. - 2005. - Т.4, № 2. - С.103–107.
2. Гиляревский С.Р. Мультидисциплинарный подход к лечению хронической сердечной недостаточности: принципы организации и практическое применение // Кардиология. - 2002. - Т.42, № 7. - С.80–87.
3. Егорова Л.А., Рябчикова Т.В., Лапотников В.А., Данилов А.В. Роль медицинских сестер в работе школ для больных сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. - 2003. - Т. 4, № 5. - С.230–231.
4. Кутузова А.Э., Мультидисциплинарный эффект комплексного реабилитационного вмешательства у больных с хронической сердечной недостаточностью // Российский кардиологический журнал. - 2007. - № 5(67). - С.32–38.
5. Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Алексеева Н.П. Психический статус и качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью // Журнал Сердечная недостаточность. - 2007. - Т.8, № 4(43). - С.222–224.
6. Погосова Г.В. Школа для больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования // Кардиология. - 1998. - Т.38, № 11. - С.81–90.
7. Погосова Г.В. Депрессия - новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. - 2002. - Т.42, № 4. - С.86–90.
8. Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми нарушениями: (Спец. рекомендации для развивающихся стран): Докл. Комитета экспертов ВОЗ. - Женева: ВОЗ, 1995. - 166 с.
9. Сумин А.Н., Варюшкина Е.В., Доронин Д.В. и др. Статико-динамические тренировки в стационарной реабилитации больных с острой коронарной патологией // Кардиология. - 2000. - Т.40, № 3. - С.16–21.
10. Ades P.A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease // N. Engl. J. Med. - 2001. - Vol.345, № 12. - P.892–902.
11. Cardiac rehabilitation. A national clinical guideline / Scottish Intercollegiate Guidelines Network. - 2002. - 32 p.
12. Grancelli H., Varini S., Ferrante D. et al. Randomized trial of telephone intervention on telephone intervention on chronic heart failure (DIAL): Study design and preliminary observations // J. Card. Fail. - 2003. - Vol. 9, №.3. - P.172–179.
13. Linden W., Phillips M.J., Leclerc J. Psychological Treatment of Cardiac Patients: A Meta-Analysis // Eur Heart J. - 2007. - V.28(24). - P.2972–2984.
14. Milani RV, Lavie CJ. Prevalence and effects of cardiac rehabilitation on depression in the elderly with coronary heart disease. // Am J Cardiol. - 1998. - V.81. - P.1233–1236.
15. McBurney H. Cardiac rehabilitation // Physiotherapy for respiratory and cardiac problems / Eds. J.A.Pryor, B.A.Webber. - 2nd ed. - London, 1998. - P. 387–411.
16. Taylor R.S., Bethell H.J.N., Brodie D.A. Clinical trials versus the real world: the example of cardiac rehabilitation // Br.J.Cardiol. - 2007. - V.14(3). - P.175–178.
17. Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression-a cardiac risk factor in search of a treatment // JAMA. - 2003. - V.289. - P.3171–3173.