**ФГБОУ ВО** **‹‹Санкт-Петербургский государственный университет››**

Кафедра госпитальной терапии

Допускается к защите

Заведующий кафедрой:

Д.м.н., профессор Обрезан А.Г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*«*  *»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г*

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

НА ТЕМУ**:** ‹‹Возможности кардиореабилитации на поликлиническом этапе››

Выполнила студентка 607 группы

Курочкина Инна Сергеевна

Научный руководитель

д.м.н., проф. Филиппов А.Е.

Санкт-Петербург

2016

Оглавление

[Список использованных сокращений 3](#_Toc451180598)

[Введение 4](#_Toc451180599)

[1. Актуальность проблемы 4](#_Toc451180600)

[2. Цели и задачи исследования 5](#_Toc451180601)

[Глава 1. Обзор литературы 7](#_Toc451180602)

[1.1 Основные термины и понятия 7](#_Toc451180603)

[1.2 Организация кардиореабилитации в России 10](#_Toc451180604)

[1.3 Физические методы кардиореабилитации 12](#_Toc451180605)

[1.4 Психологическая кардиореабилитация 15](#_Toc451180606)

[1.5 Медикаментозная терапия 17](#_Toc451180607)

[Глава 2. Материалы и методы 18](#_Toc451180608)

[2.1. Материалы исследования 18](#_Toc451180609)

[2.2. Методы исследования 19](#_Toc451180610)

[2.2.1 Анкета оценки качества жизни (SF-36) 19](#_Toc451180611)

[2.2.2. Тест Спилбергера-Ханина (оценка ситуативной тревожности) 21](#_Toc451180612)

[2.2.3 Шкала Шокс (модификация Мареева В.Ю.) 22](#_Toc451180613)

[2.3 Дизайн исследования 22](#_Toc451180614)

[Глава 3. Результаты исследования 24](#_Toc451180615)

[3.1. Общая характеристика исследуемых групп 24](#_Toc451180616)

[3.2 Оценка ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина 24](#_Toc451180617)

[3.3. Оценка качества жизни по опроснику SF-36 25](#_Toc451180618)

[3.4. Оценка клинического состояния пациентов по ШОКС 28](#_Toc451180619)

[Заключение 29](#_Toc451180620)

[Выводы 29](#_Toc451180621)

[Список литературы 29](#_Toc451180622)

[Приложения 30](#_Toc451180623)

# Введение

## 1. Актуальность проблемы

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) на данный момент вносят значительный вклад в заболеваемость и смертность населения (рис.1), причем их доля в структуре смертности в последние годы растет (рис.2). По данным Европейского общества кардиологов от ишемической болезни сердца (ИБС) ежегодно умирает около **650 тысяч** европейцев, а ИМ является причиной смерти примерно у 420 тысяч человек в год. В России, согласно официальной статистике, в 2013 году ССЗ явились причиной смерти в **57% случаев**, из них по данным ГНИЦ профилактической медицины доля ИБС составила **52,6%** случаев (Шальнова С.А., 2014).

|  |  |
| --- | --- |
| WHO data (1).png | WHO data (2).png |
| Рис. 1. Ведущие причины смерти в мире | Рис. 2 Сравнение ведущих причин смерти  |

*ВОЗ. Информационный бюллетень N°310*

*Май 2014 г*

Особенно актуальна данная проблема в отношении острых форм ИБС – инфаркта миокарда. Процесс восстановления после ССЗ может протекать и спонтанно, но он очень ненадёжен. Как показывают результаты национального регистра, ОКС (ИМ) чреват высокой смертностью: до 50% от выписанных из стационара больных погибают в ближайшие 3 года (Люберецкое исследование ‹‹ЛИС››; 2012).

Данные факты обуславливают чрезвычайную актуальность мероприятий, направленных на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с ССЗ в дополнение к мероприятиям, направленным на стабилизацию и замедление прогрессирования атеросклероза (как основного патоморфологического субстрата инфаркта миокарда).

В то же время, в современной реабилитологии существует ряд нерешенных вопросов, одним из которых является выбор эффективного комплекса реабилитационных процедур на поликлиническом этапе, что и определило цель настоящего исследования.

## 2. Цели и задачи исследования

**Цель:**

Изучить эффективность разработанного на базе поликлиники № 43 комплекса кардиореабилитации, включающего месячный курс ЛФК, фотохромотерапии и массажа воротниковой зоны, для лечения больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения I-II ФК.

**Задачи:**

1. Проанализировать среднегрупповые показатели ситуативной тревожности, уровень физического и психологического здоровья  обследованных лиц на основе анкетирования по шкале Спилбергера-Ханина и опросника SF-36 в начале и конце амбулаторного этапа лечения.

2. Оценить динамику клинического состояния пациентов по шкале ШОКС в зависимости от варианта назначенного курса лечения.

3. Изучить взаимосвязь показателей уровня ситуативной тревожности, физического и психологического здоровья в исследуемых группах пациентов с показателями клинического состояния по шкале ШОКС.

# Глава 1. Обзор литературы

## 1.1 Основные термины и понятия

Впервые термин "**кардиорабилитация**" был сформулирован ВОЗ в 1993 году как *"комплекс мероприятий, обеспечивающих наилучшее физическое и психическое состояние, позволяющий больным с хроническими или перенесенными острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, благодаря собственным усилиям, сохранить или восстановить свое место в обществе (социальный статус) и вести активный образ жизни".* В данном определении подчеркивается важность двух основных аспектов: восстановление здоровья и физической активности, а также восстановление социальной активности после перенесенного заболевания. Однако, в дальнейшем стало очевидно, что комплексная кардиореабилитация положительно влияет на течение ССЗ, что ведет не только к улучшению качества жизни, но и к увеличению ее продолжительности. В связи с этим пониманием в 2005 году Американской ассоциацией сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации (American Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, AACVPR) было предложено новое определение:

"**Кардиореабилитация –** скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с ССЗ, дополнительно к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже – обратному развитию атеросклеротического процесса, и вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность." Данное определение подчеркивает эффективность кардиореабилитации как средства вторичной профилактики.

Основными задачами комплексной кардиореабилитации в контексте вторичной профилактики являются:

* Информирование пациентов по вопросам, связанным с ССЗ, консультирование по поводу модификаций факторов риска и изменения образа жизни;
* Участие пациентов в программах физических тренировок (как под врачебным контролем, так и в домашних условиях);
* Психологическая реабилитация пациентов к хроническому заболеванию, мотивирование пациентов к участию в различных комплексных реабилитационных программах.

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных целей и задач необходимо соблюдение основных принципов реабилитации:

* комплексность,
* раннее начало, этапность,
* преемственность,
* непрерывность, последовательность,
* индивидуальный подход,
* активное участие больного в реабилитационном процессе.

Еще одним важным понятием является "реабилитационный потенциал" (РП).

Данный термин впервые предложен в 1973 году Беловым В.П. и Ефимовым И.Н. и определен ими как "комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, которые составляют основу ресоциализации больного".

На данный момент определение несколько изменилось и приравнялось к понятию реабилитационного прогноза:

**Реабилитационный потенциал (реабилитационный прогноз)** - медицински обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей при сохранении стабильного соматического и психического состояния пациента, его высокой мотивированности по отношению к предстоящему реабилитационному лечению.

В зависимости от степени выраженности составляющих потенциала выделяют крайне низкий, низкий, средний и высокий уровни РП. Сегодня нет точного разграничения этих уровней, и многие авторы предлагают свою трактовку. Критерии оценки реабилитационного потенциала имеют значение для подбора больному оптимального объема реабилитационной помощи и перевода его с одного этапа реабилитации на другой. При определении реабилитационного потенциала следует учитывать степень мотивированности больного к предстоящему реабилитационному лечению.

Под  **высоким потенциалом** понимаютспособность к спонтанной реабилитации. Но при этом пациенты нуждаются в таких мероприятиях как обучение правильному образу жизни и коррекции модифицируемых ФР (ознакомление с . атеросклеротической и гипотензивной диетой, борьба с курением, выполнение комплекса физических упражнений умеренной интенсивности, контроль значений артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), индекса массы тела (ИМТ) и биохимических маркеров риска).

Для пациентов **с крайне низким реабилитационным потенциалом** наиболее актуальным является симптоматическое медикаментознозное лечении, поддерживающее основные жизненные функции. Обычно такие больные пребывают на постоянном полупостельном/постельном режиме, в том числе в специальных лечебных заведениях для бесперспективных больных (в хосписах).

Больные **со средним реабилитационным потенциалом** – наиболее благоприятный контингент для долгосрочной комплексной реабилитации с применением максимально возможного спектра реабилитационных программ и методов реабилитации. Обычно, у данных пациентов достигается высокий уровень эффективности реабилитационных воздействий и хорошие показатели качества жизни.

Еще одним важным термином является "реабилитационный диагноз".

**Реабилитационный диагноз** - диагноз, отражающий критерии оценки функциональных последствий заболевания (травмы), включающий в себя:

* описание возникшего повреждения и последовавших за этим нарушений бытовых и профессиональных навыков;
* ограничения активности и участия в значимых для индивида событиях частной и общественной жизни;
* влияния факторов окружающей среды, облегчающих или осложняющих выполнение основных функций.

Исходя из реабилитационного диагноза и реабилитационного потенциала, определяется реабилитационная цель.

**Реабилитационная цель** - планируемый, специфичный, измеримый, реально достижимый, определенный во времени результат проведения реабилитационных мероприятий. Определяется при мультидисциплинарном обсуждении состояния пациента при участии самого пациента.

Выделяют краткосрочные реабилитационные цели (20-60 суток) и

долгосрочные реабилитационные цели (3-12 месяцев)

## 1.2 Организация кардиореабилитации в России

Медицинская реабилитация в РФ осуществляется в соответствии с **ФЗ РФ от 21.11.2011 года №323-ФЗ ст.№40, п.1. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».**

 В данном законе даются основные понятия и определения:

**«Медицинская реабилитация»** – это комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма поддержание функции организма в процессе завершения острого развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество»

**«Лечащий врач»**– врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Помощь по медицинской реабилитации оказывается взрослому и детскому населению в соответствии с уровнем заболеваемости и инвалидизации по основным классам заболеваний и отдельных нозологических форм, в соответствии с основными принципами, приоритетами и полномочиями оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации, в соответствии с особенностями организации реабилитационного процесса, в связи с плотностью населения и основными условиями и этапами организации реабилитационной помощи.

Этапность оказания реабилитационной помощи регламентируется ***Приказом МЗ РФ №1705н от 29 декабря 2012 г «О порядке оказания медицинской реабилитации»***

В данном приказе подробно описывается где должен проходить каждый из этапов и какие именно мероприятия и в каком объеме оказываются на каждом из них.

***«*I этап** медицинской реабилитации осуществляется ***в острый период*** течения заболевания или травмы ***в отделениях реанимации и интенсивной терапии*** медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функции (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации;

**II этап** медицинской реабилитации осуществляется ***в ранний восстановительный период*** течения заболевания или травмы, ***поздний реабилитационный период***, ***период остаточных явлений*** течения заболеваний, ***при хроническом течении заболевания вне обострения*** в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации);

**III этап** медицинской реабилитации осуществляется ***в ранний и поздний реабилитационный периоды, периоды остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения*** в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда, специалистов по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому.***»***

Согласно **Постановлению Правительства РФ от 18.10.2013 N 932 (ред. От 29.05.2014) «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»** медицинская реабилитация входит в состав программы ОМС. Также в этом постановлении прописаны средние нормативы медицинской помощи, средние нормативы финансовых трат на койко-день для медицинской реабилитации.

## 1.3 Физические методы кардиореабилитации

К физической реабилитации относят: ФЗТ, ЛФК, массаж, мануальную терапию. и рефлексотерапию.

Физическая реабилитация с использованием программ ФТ имеет центральное значение в системе кардиореабилитации, так как позволяет больному восстановить ФРС, добиться клинической стабильности течения заболевания и, главное, вернуться к трудовой деятельности, привычным бытовым нагрузкам и социальной активности.

Другое важное свойство программ физической реабилитации – снижение отдаленной летальности.

Первые данные о положительном влиянии регулярных ФН на прогноз больных были получены в ряде длительных обсервационных (наблюдательных) исследований. Они показали, что увеличение уровня повседневной ФА коррелирует со снижением распространенности ИБС, кардиальной и общей смертности. При средней ФА (1000 ккал в неделю) относительное снижение смертности достигало 30-40%. Среди различных показателей нагрузочного теста высокая ФРС является наиболее строгим предиктором снижения частоты будущих кардиальных событий. Увеличение ФРС всего на 1 МЕ приводило к снижению смертности на 12%. Низкая физической активность была независимым предиктором смертности у мужчин (относительный риск 1,52, 95% ДИ 1,28-1,82) и у женщин (относительный риск 2,10, 95% ДИ 1,36-3,21), что сопоставимо с влиянием на прогноз жизни курения или АГ. Увеличение физической тренированности на каждую 1 МЕ повышала выживаемость на 10-25%.

Клиническая эффективность программ ФТ подтверждена результатами разных исследований. По данным мета-анализа от 2004 г участие больных в программах ФТ приводило к снижению смертности от всех причин (на 20%) и от сердечно-сосудистых причин (на 26%), а также к уменьшению потребности в госпитализации (на 60%).

Другой мета-анализ показал достоверное снижение риска повторного ИМ (на 17% за год) и смертности (на 47% за 2 года). ФТ в течение 12 месяцев у больных ИБС повышают выживаемость без кардиальных событий по сравнению с группой ангиопластики/стентирования (p=0,023).

В мета-анализе, выполненном международной организацией Cochrane, продемонстрировано значимое снижение кардиальной летальности на 31% и общей смертности на 27% среди пациентов, регулярно занимающихся ФТ. Причем, в комплексных реабилитационных программах, позволяющих снижать летальность на 26%, основная эффективность - до 20%, приходится на ФТ.

В рекомендациях ЕSC по профилактике ССЗ в клинической практике (2012 г) подчеркивается, что регулярная ФА уменьшает риск смертельных и несмертельных коронарных событий у лиц с ССЗ, в том числе пациентов, перенесших ИМ.

Положительное влияние ФТ на клиническое течение болезни объясняют их доказанными многочисленными позитивными эффектами:

* антиишемические: снижение потребности миокарда в О2, увеличение коронарного кровотока, уменьшение эндотелиальной дисфункции, развитие коллатералей;
* антиатеросклеротические: снижение уровня триглицеридов (ТГ), холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛНП), повышение ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП), уменьшение уровня АД, степени ожирения, выраженности асептического воспаления, повышение чувствительности к инсулину и снижение риска развития СД
* антитромботические: снижение адгезии и агрегации тромбоцитов, концентрации фибриногена и вязкости крови, усиление фибринолиза;
* антиаритмические: повышение тонуса парасимпатической нервной системы, вариабельности сердечного ритма;
* психические: снижение уровня тревоги и депрессии, повышение устойчивости к стрессу, социальной интеграции.

**Противопоказания к ФТ:**

* ОКС;
* острая и подострая аневризма ЛЖ, подтвержденная инструментальными методами диагностики;
* СН IV функционального класса (ФК),
* нарушения сердечного ритма: желудочковые экстрасистолы и тахикардия опасных градаций, пароксизмальные тахиаритмии, возникающие при ФН, не корригируемые оптимальной терапией;
* нарушения проводимости: сино-атриальная и атрио-вентрикулярная блокады 2-3-ей степени, кроме пациентов с имплантированными кардиостимуляторами;
* стабильная АГ или гипертоническая реакция на ФН с повышением систолического АД более 180 мм рт. ст., диастолического выше 100 мм рт. ст., не корригируемые оптимальной антигипертензивной терапией;
* снижение систолического АД ≥20 мм рт. ст. при ФН;
* выраженный аортальный стеноз;
* синкопальные состояния;
* острый перикардит, миокардит;
* атеросклероз сосудов нижних конечностей (3 ст.);
* неконтролируемый СД;
* тромбоэмболия или тромбофлебит (в сроки до 3 мес.);
* острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака (в сроки до 3 мес.)
* острое инфекционное заболевание (в том числе и вирусные инфекции).

## 1.4 Психологическая кардиореабилитация

Психологический аспект реабилитации при ССЗ является важнейшей составной частью программ реабилитации и вторичной профилактики. В той или иной мере разделы психологической реабилитации присутствуют в Рекомендациях ЕSC по лечению ИМпST (2012), профилактике ССЗ (2012).

Наиболее часто встречаемыми проблемами психологического характера у больных с ССЗ являются депрессии, тревожные симптомы, психозы.

У больных с симптомами депрессии значимо снижено качество жизни, они тяжелее возвращаются к работе, у них снижена приверженность лечению и участию в реабилитационных программах. Таким образом, пациенты с ССЗ должны активно обследоваться на предмет выявления симптомов депрессии (рекомендации AAFP, American Academy of Family Physicians по определению и управлению депрессией после ИМ, 2009; **доказательность: класс I, уровень А**).

Наиболее удобны и просты в использовании для этих целей стандартизированные опросники (опросник депрессии Бека, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, тест Спилбергера-Ханина). Необходимо на каждом из этапов реабилитации регулярно мониторировать наличие симптомов депрессии (рекомендации AAFP, 2009; **доказательность: класс I, уровень А**): в ранние сроки после стабилизации состояния больных (на 3-7 сутки после ИМ), перед выпиской из стационара и в отдаленном периоде – через 6 недель после выписки (в рамках программы кардиореабилитации).

Одним из способов снижения риска возникновения тревожно-депрессивных расстройств является вовлечение пациентов с ССЗ в «Школу для больных…». Важным аспектом являются и контакты с родственниками для формирования у них адекватных представлений о болезни близкого и возможностях преодоления ее последствий, а также выработки единых позиций, направленных на создание максимально комфортной обстановки общения вокруг больного как в период госпитализации, так и в условиях дома после выписки из стационара.

 Основной задачей психологической реабилитации на поликлиническом этапе является закрепление и поддержание ранее достигнутого эффекта. Необходимо продолжать контакты с больным, поддерживая его мотивацию к выздоровлению. При этом элементы психотерапии необходимо продолжать сочетать с медикаментозной терапией тревожно-депрессивных расстройств («удержать» больного на приеме антидепрессантов до 6 месяцев). Семейная психотерапия позволяет активнее включать в реабилитационный процесс родных и близких пациента, формировать поддерживающее окружение. На данном этапе предпочтительна работа с больным в составе группы.

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

Таким образом, психотерапевтическое воздействие – неотъемлемая часть общепринятого мультидисциплинарного подхода в современной кардиореабилитации. Применение программ психологической реабилитации оправдано, и может быть рекомендовано в рутинной практике среди больных ССЗ.

## 1.5 Медикаментозная терапия

# Глава 2. Материалы и методы

## 2.1. Материалы исследования

Работа была проведена на базе отделения медицинской реабилитации поликлиники № 43 города Санкт-Петербурга в период с февраля по апрель 2016 года.

На приеме участковых терапевтов и кардиолога было отобрано 50 пациентов с диагнозом хроническая ишемическая болезнь сердца (код по МКБ-10 I25.0-I25.9). Из данных пациентов было сформировано 2 группы по 25 человек. Группу контроля составили больные, получавшие стандартную базисную медикаментозную терапию ИБС. Пациенты основной группы в дополнение к базисной медикаментозной терапии ИБС получали кардиореабилитационный комплекс, состоящий из ЛФК, массажа и ФЗТ.

Критериями включения в исследование являлись следующие факторы:

Лица обоего пола в возрасте от 55 до 75 лет с установленным диагнозом ИБС (МКБ-10 I25.0-I25.9) и подписанным информированным согласием.

Критериями исключения из исследования являлись следующие факторы:

* ОИМ давностью менее 1 года
* ОНМК давностью менее 1 года
* СД 1 типа и/или декомпенсированный СД 2 типа
* Онкологические заболевания
* Сложные нарушения сердечного ритма и проводимости (требующие назначения постоянной ААТ или постановки имплантируемых устройств)
* Хроническая аневризма сердца;
* Гемодинамически значимые митральный и/или аортальный стеноз
* Анамнез по сердечной недостаточности III – IV ФК (NYHA);

## 2.2. Методы исследования

В ходе работы учитывались данные следующих видов исследования:

**Общеклинические:**

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование

**Лабораторно-инструментальные:**

 ОАК, ОАМ, рутинная биохимическая панель, липидограмма, ЭКГ, ЭХО-КГ

**Специальные:**

* Анкета оценки качества жизни (SF-36) (Приложение 1)
* Шкала Спилбергера-Ханина для определения ситуативной тревожности (Приложение 2)
* Шкала ШОКС (в модификации Мареева В.Ю.) (Приложение 3)

### 2.2.1 Анкета оценки качества жизни (SF-36)

Исследуемым предлагался опросник из 36 пунктов (Приложение 1) с инструкцией: «Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.»

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. В каждой шкале значения варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье. Из всех шкал формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Чем выше итоговая оценка, тем выше уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

1. **Физическое функционирование (Physical Functioning - PF)**, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). состоянием его здоровья.

2. **Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием(Role-Physical Functioning - RP)** – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

3. **Интенсивность боли (Bodily pain - BP)** и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. **Общее состояние здоровья (General Health - GH)** - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. **Жизненная активность (Vitality - VT)** подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

6. **Социальное функционирование (Social Functioning - SF)**, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. **Ролевое функционирование**, **обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE)** предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. **Психическое здоровье (Mental Health - MH)**, характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» (PF, RP, BP, GH) и «психологический компонент здоровья» (VT, SF, RE, MH).

Для вычислений показателей КЖ была использована «Программа-тест оценки качества жизни по методике SF-36».

### 2.2.2. Тест Спилбергера-Ханина (оценка ситуативной тревожности)

Исследуемым предлагался для заполнения бланк теста (Приложение 2) с инструкцией: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь. Обычно первый ответ, который приходит в голову, является наиболее правильным, адекватным Вашему состоянию.»

Показатель ситуативной тревожности подсчитывается по формуле:

, где

- сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18

- сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20

В зависимости от результатов уровень ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина оценивался следующим образом:

до 30 баллов – низкая;

31 - 44 балла - умеренная;

45 и более - высокая.

### 2.2.3 Шкала Шокс (модификация Мареева В.Ю.)

Шкала ШОКС (Приложение 3) состоит из 10 пунктов и разработана для оценки тяжести клинических проявлений ХСН. Данная шкала проста в использовании, так как не требует применения специальных инструментальных методов. Ответы на все вопросы можно получить при сборе анамнеза и обычном физикальном исследовании.

Данные шкалы ШОКС заполняются врачом во время приема В карте отмечается число баллов, соответствующее ответу, которые в итоге суммируются. Всего максимально пациент может набрать 20 баллов (терминальная ХСН), минимально - 0 баллов (полное отсутствие признаков ХСН).

Классификация ХСН по ШОКС:

I ФК ≤ 3 баллов;

II ФК 4–6 баллов;

III ФК 7–9 баллов; I

IV ФК > 9 баллов.

## 2.3 Дизайн исследования

Исследование включало в себя 2 визита:

**Визит 1** - включение в программу

Во время данного визита проводились следующие мероприятия:

* Контроль АД и ЧСС
* Оценка факторов риска (гиперхолестеринемия, курение, анамнез и т.д.)
* оценка по ШОКС;
* заполнение пациентом анкеты SF-36;
* заполнение пациентом опросника Спилбергера-Ханина;
* информированное согласие пациента;
* определение пациента в группу контроля или в основную группу.

Пациенты вошедшие в основную группу получали маршрутный лист с подробным расписанием кардиореабилитационной программы (Приложение 4). Оформлялась карта отделения медицинской реабилитации. Пациенты проходили месячный курс комплексной кардиореабилитации, который включал в себя: консультацию врача ЛФК, консультацию физиотерапевта, занятия ЛФК 3 раза в неделю, массаж воротниковой зоны и ФЗТ (фотохромотерапия).

Пациентам вошедшим в группу контроля была назначена дата следующего приема через 28-30 дней для оценки динамики их состояния.

**Визит 2** – 28 - 30 день амбулаторного лечения. Оценка результатов лечения.

Во время данного визита проводились следующие мероприятия:

* Контроль АД и ЧСС;
* оценка по ШОКС;
* Заполнение анкеты SF-36;
* Заполнение опросника Спилбергера-Ханина.

# Глава 3. Результаты исследования

## 3.1. Общая характеристика исследуемых групп

В ходе исследования были сформированы 2 группы пациентов:

1 - основная группа. n=25, средний возраст - 64,6 года, мужчин - 7, женщин - 18

2 - группа контроля. n=25, средний возраст - 65,7 лет, мужчин - 8, женщин - 17

*Таблица № . Сравнительная характеристика исследуемых групп*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Контрольная группа | Основная группа | Значимость различий, p |
| Возраст, лет (М±m) | 65,7±3,9 | 64,6±4,5 | < 0,05 |
| Мужской пол, % | 32 | 28 | < 0,05 |
| АГ, % | 60 | 64 | < 0,05 |
| Гиперхолестеринемия, % | 44 | 48 | < 0,05 |
| ХСН I-II ФК, % | 80 | 76 | < 0,05 |
| Курение, % | 28 | 32 | < 0,05 |

Исследуемые группы не имели достоверных различий по возрасту, полу, ФК стенокардии и частоте выявления «больших» ФР.

Частота назначения статинов, аниагрегантов, бета-блокаторов и ингибиторов АПФ была сравнима.

Схема базисной терапии на протяжении курса лечения не менялась.

## 3.2 Оценка ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина

Статистическая обработка результатов теста Спилбергера-Ханина проводилась при помощи прикладного пакета программ Statistica for Windows. Использовались описательная статистика и оценка значимости различий по t-критерию.

В целом уровень реактивной тревожности в обеих группах при первичном обследовании можно было оценить как умеренный: 32,8±2,1 и 33,4±2,4 балла соответственно, различия не достоверны (p<0,05).

При оценке результатов на 28 - 30 день исследования, в опытной группе уровень тревожности достоверно (p<0,05) снизился как по сравнению с данными 1 дня в той же группе, так и по сравнению с данными 28 - 30 дня в группе контроля. В контрольной группе показатель ситуативной тревожности на 28 - 30 день исследования составил 32,2 ±2,7, а в основной группе данный показатель составил 28,3±2,1. Данный результат говорит об эффективности программы комплексной кардиореабилитации и ее положительном влиянии на снижения уровня тревожности у пациентов с хроническими формами ИБС.

## 3.3. Оценка качества жизни по опроснику SF-36

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи прикладного пакета программ Statistica for Windows.

Использовались описательная статистика и оценка значимости различий по t-критерию. Вычислялось среднее значение параметров, ошибка среднего и среднее отклонение.

Обе группы не показали значимых различий (p<0,05) на начало исследования ни по одному из 8 представленных параметров.

На 28 - 30 день реабилитационной программы основная группа достоверно (p<0,05) улучшила показатели по всем пунктам исследования. В физическом компоненте здоровья особенно выделяется улучшение показателей ролевого функционирования, обусловленного здоровьем, также стоит отметить улучшения в общем физическом функционировании и снижение болевого синдрома (Таб. 2, рис.4).

|  |
| --- |
| Физический компонент здоровья (M±m) |
|   | PF | RP | BP | GH |
| 1 день | 28- 30 день | 1 день | 28- 30 день | 1 день | 28- 30 день | 1 день | 28- 30 день |
| Группа контроля | 56,20 ± 8,31  | 57,32 ± 8,72 | 17,00 ± 3,81 | 20,00 ± 4,11 | 49,36 ± 5,78 | 50,52 ± 6,75 | 56,04 ± 5,89 | 56,84 ± 6,21 |
| Основная группа | 57,4 ± 7,91 | 68,28 ±8,56 | 21,00± 4,45 | 58,00 ± 5,91 | 48,4 ± 5,79 | 62,6 ± 6,98 | 50,12 ± 5,45 | 63,72 ± 6,15 |

В психологическом компоненте здоровья следует отметить значительное улучшение параметров ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. Кроме этого, следует отметить значительной повышение уровня жизненной активности в основной группе по сравнению с контрольной (Таб.3. рис.4)

|  |
| --- |
| Психологический компонент здоровья (M±m) |
|   | VT | SF | RE | MH |
| 1 день | 28- 30 день | 1 день | 28- 30 день | 1 день | 28- 30 день | 1 день | 28- 30 день |
| Группа контроля | 41,60 ± 5,45  | 43,40 ± 5,60 | 48,48 ± 6,87 | 49,36 ± 6,78 | 22,88 ± 5,51 | 25,60 ± 6,11 | 52,80 ± 8,18 | 53,52 ± 8,34 |
| Основная группа | 42,20 ± 5,87 | 56,20 ± 5,98 | 50,44 ± 6,91 | 58,24 ± 7,22 | 25,96 ± 5,64 | 53,04 ± 10,45 | 49,2 ± 8,12 | 64,56 ± 9,11 |

Группа контроля достоверно не изменила параметры ни по одному из пунктов, представленных в опроснике, что может говорить о том, что только медикаментозной терапии недостаточно для улучшения качества жизни.

Основная же группа, напротив, доказала, что комплексная кардиореабилитация способна значительно улучшить как физический, так и эмоциональный компоненты качества жизни.

## 3.4. Оценка клинического состояния пациентов по ШОКС

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи прикладного пакета программ Statistica for Windows.

Использовались описательная статистика и оценка значимости различий по t-критерию, проводился корреляционный анализ.

На начало исследования группы не имели достоверных (p<0,05) различий в среднем количестве баллов по шкале ШОКС: в группе контроля - 2,52±0,81, в основной группе - 2,8±0,62. На 28 - 30 день исследования в группе контроля появилась тенденция к снижению (до 2,08±0,51) баллов по ШОКС, а в основной группе снижение (до 1,56±0,48) было статистически достоверным (p<0,05).

Также был проведен корреляционный анализ между данными шкалы ШОКС, данными опросника SF-36 и тестом Спилбергера-Ханина для нахождения связи между ровнем тревожности, качеством жизни и клиническим состоянием пациентов с ИБС.

Сильная корреляционная связь была обнаружена между:

ШОКС и интенсивностью боли (R=-0,71)

ШОКС и общим состоянием здоровья (R=-0,71)

Уровнем тревожности и ролевым функционированием, связанным с эмоциональным состоянием (R=-0,73)

Связь средней силы была обнаружена между:

Уровнем тревожности и психическим здоровьем (R=-0,6);

ШОКС и физическим функционированием (R=-0,52);

ШОКС и жизненной активностью (R=-0,41);

ШОКС и социальным функционированием (R=-0,39);

Уровнем тревожности и интенсивностью боли (R=0,38).

# Заключение

# Выводы

1. Включение в программу лечения больных стабильной стенокардией напряжения 1-2 ФК месячного амбулаторного курса реабилитации, состоящего из ЛФК, фотохромотерапии и массажа воротниковой зоны, сопровождается значимым снижением ситуативной тревожности по сравнению с пациентами, лечение которых ограничивается рамками стандартной базисной терапии ИБС.

2. Группа пациентов, прошедшая месячный курс реабилитации, характеризуется достоверно лучшими показателями физического, эмоционального и социального функционирования – основными компонентами, характеризующими качество жизни пациента.

3. Результаты тестирования по шкале Спилбергера и опроснику SF-36 коррелируют с данными традиционной клинической оценки тяжести общего состояния сердечно-сосудистого больного по шкале ШОКС.

# Список литературы

# Приложения

Приложение 1.

**ОПРОСНИК SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).**

Ф. и. о.

Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

Отличное 1

Очень хорошее 2

Хорошее 3

Посредственное 4

Плохое 5

2.Как бы Вы в целом оценили свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад.*

(обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад 1

Несколько лучше, чем год назад 2

Примерно так же, как год назад 3

Несколько хуже, чем год назад 4

Гораздо хуже, чем год назад .5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение свое­го обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Да, значительно огра­ничивает | Да, немного ограничива­ет | Нет, совсем не ограни­чивает |
| A. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта. | 1 | 2 | 3 |
| Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды. | 1 | 2 | 3 |
| В. Поднять или нести сумку с продуктами. | 1 | 2 | 3 |
| Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов. | 1 | 2 | 3 |
| Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет. | 1 | 2 | 3 |
| Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки. | 1 | 2 | 3 |
| Ж. Пройти расстояние более одного километра. | 1 | 2 | 3 |
| З. Пройти расстояние в несколько кварталов. | 1 | 2 | 3 |
| И. Пройти расстояние в один квартал. | 1 | 2 | 3 |
| К. Самостоятельно вымыться, одеться.  | 1 | 2 | 3 |

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физи­ческое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Да  | Нет  |
| А. Пришлось сократить *количество* *времени,* затрачиваемое на работу или другие дела. | 1 | 2 |
| Б. *Выполнили меньше,* чем хотели. | 1 | 2 |
| В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо *определенного вида* работ или другой деятельности. | 1 | 2 |
| Г. Были *трудности* при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий). | 1 | 2 |

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоци­ональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Да  | Нет |
| А. Пришлось сократить *количество времени,* затрачиваемого на работу или другие дела. | 1 | 2 |
| Б. *Выполнили меньше,* чем хотели. | 1 | 2 |
| В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так *аккуратно,* как обычно | 1 | 2 |

6.Насколько Ваше физическое и эмоциональное состо­яние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало 1

Немного 2

Умеренно 3

Сильно 4

Очень сильно 5

7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а) 1

Очень слабую 2

Слабую 3

Умеренную 4

Сильную 5

Очень сильную……………………...........6

8.В какой степени боль *в течение последних 4 недель* мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (вклю­чая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешала 1

Немного 2

Умеренно 3

Сильно 4

Очень сильно 5

9.Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чув­ствовали и каким было Ваше настроение в течение послед­них 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Все время | Большую часть времени | Часто | Иногда | Редко | Ни разу |
| А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Б. Вы сильно нервничали? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| В. Вы чувствовали себя таким(ой) по­давленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

Все время 1

Большую часть времени 2

Иногда 3

Редко………………………………4

Ни разу 5

1. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представ­ляются по отношению к Вам каждое из ниже перечислен­ных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Опре­деленно верно | В основ­ном верно | Не знаю | В основ­ном не­верно | Опреде­ленно не­верно |
| а. Мне кажется, что я более склонен к бо­лезням, чем другие | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б. Мое здоровье не хуже, чем у большин­ства моих знакомых | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г. У меня отличное здоровье | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Приложение 2. Бланк опросника ситуативной тревожности (Спилбергера-Ханина)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | «СИТУАЦИЯ» | Нет, это не так | Пожалуй, так | Верно | Совершенно верно |
| 1 |  Я СПОКОЕН | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 |  МНЕ НИЧТО 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 | 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 |

**Приложение 3. Шкала оценки клинического состояния при ХСН (модификация Мареева В.Ю. 2000г)**

**1. Одышка:** 0 -нет, 1 -при нагрузке, 2 - в покое

**2. Изменился ли за последнюю неделю вес:** 0- нет, 1 -увеличился

**3. Жалобы на перебои в работе сердца:** 0 - нет, 1 -есть

**4. В каком положении находится в постели:** 0 - горизонтально, 1 -с приподнятым головным концом (2+ подушки), 2 - плюс просыпается от удушья 3 -сидя

**5. Набухшие шейные вены:** 0 - нет, 1 - лежа, 2 - стоя

**6. Хрипы в легких:** 0 - нет, 1 - нижние отделы (до 1/3), 2 - до лопаток (до 2/3), 3 -над всей поверхностью легких

**7. Наличие ритма галопа:** 0 – нет, 1 - есть

**8. Печень:** 0 -не увеличена, I -до 5 см, 2 -более 5 см

**9. Отеки:** 0 -нет, 1 -пастозность, 2 -отеки, 3 —анасарка

**10. Уровень САД:** 0->120, 1 -(100-120), 2-<100ммрт.ст.

**Приложение 4. Пример маршрутного листа**

Ориентировочное время/дата первичного приема\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ истории болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предполагаемые сроки лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность  | Ф.И.О. | Каб.№ | Режим работыПервичный/повторный | Предполагаемая дата приема | Предполагаемое время приема |  |
| Зав. Отделением |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Кардиолог  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Невролог |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Терапевт |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Физиотерапевт(ГП № 43) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Физиотерапевт(ПО № 101) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Инструктор –ЛФК(ГП№ 43) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Инструктор –ЛФК(ПО№101) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Врач-ЛФК(ГП№ 43) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Врач-ЛФК(ПО№101) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Логопед(ГП№ 43) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Логопед(ПО№101) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Физиотерапия(процедуры)(ПО № 101) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ЭКГ(ГП№ 43) |  |  |  |  |  |  |
| ЭКГ(ПО № 101) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Процедурный кабинет |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Массажист |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Окулист |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Кабинет теплолечения |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Rg |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Зал ЛФК |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Зал Dinamic |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Зал Artramot |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Зал Shiller |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Отделение ОМР: режим работы – с 08.00 до 20.00, тел.заведующего ГП № 43 Дружинина Ольга Ивановна 417-57-91

При поступлении на лечение необходимо иметь: направление от врача, амбулаторную карту, анализ крови и мочи, ФЛГ (не более 1 года), справка от гинеколога (для женщин), уролога (для мужчин), ЭКГ.